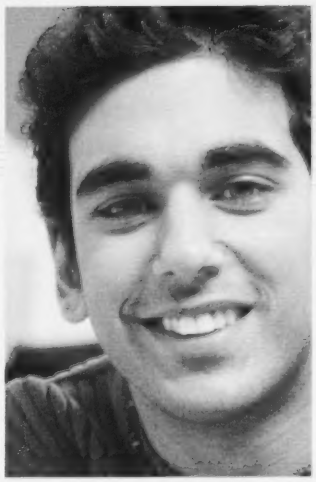


Rapport annuel 2010-2011 de l'ICIS

Les données au cœur du changement

Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Qui nous sommes

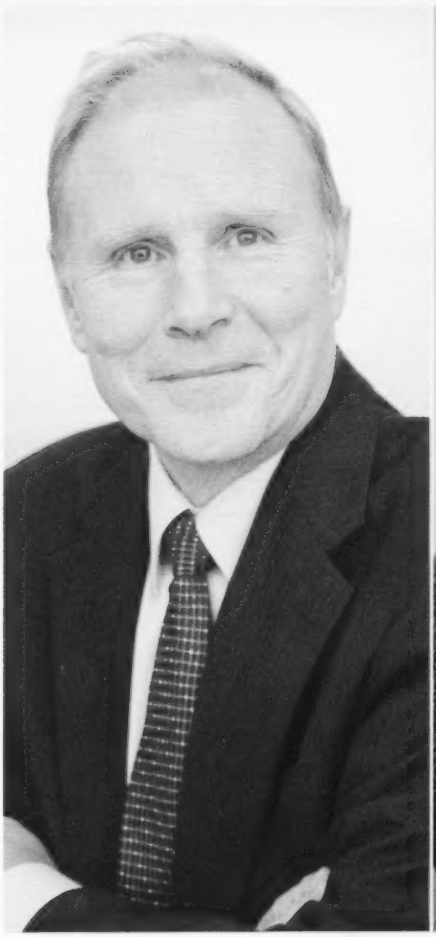
Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Table des matières

Message du président-directeur général et du président du Conseil d'administration 2
Nos réalisations 7
Des données plus nombreuses et de meilleure qualité 9
Analyses pertinentes et exploitables 19
Compréhension et utilisation améliorées 31
Perspectives 43
Analyse de la direction 47
États financiers vérifiés 59
Notre équipe de direction et de gouvernance 79
Haute direction 79
Conseil d'administration 81
Composition des comités du Conseil d'administration 83



John Wright, président-directeur général

Dr Brian Postl, président du Conseil d'administration

Message du président-directeur général et du président du Conseil d'administration

À l'heure où les gouvernements du Canada luttent contre les déficits et où les dépenses de soins de santé sont de plus en plus préoccupantes, l'accès à des données fiables et de qualité revêt une importance capitale. Les données ont démontré à maintes reprises qu'il ne s'agit pas toujours de dépenser plus, mais de dépenser judicieusement. À l'ICIS, nous avons pour mission de fournir aux responsables de l'élaboration des politiques et aux gestionnaires du système de santé de l'information fiable et comparable leur permettant de prendre de meilleures décisions. En scrutant leurs données et en se comparant avec leurs pairs, les établissements et les provinces et territoires peuvent évaluer leur rendement, déterminer les pratiques exemplaires et

utiliser plus judicieusement les ressources existantes. La prise de décisions fondées sur les données favorise non seulement une plus grande efficacité, mais aussi l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Au cours de la dernière année, nous avons accru la participation des provinces et des territoires à nos 27 banques de données afin de mieux comprendre comment les soins sont dispensés dans tout le continuum. Nous avons entrepris un important travail analytique visant à jeter un nouvel éclairage sur les principaux facteurs d'accroissement des coûts des 10 dernières années, et à cerner les tendances sous-jacentes susceptibles d'influer sur les dépenses futures. Nous avons également offert un soutien méthodologique aux provinces et territoires en vue d'explorer de nouveaux modes de financement du système de santé, comme le modèle de financement par activité.

Concentrant nos efforts sur l'amélioration de la sécurité des patients, nous avons lancé notre nouveau Système national de déclaration des accidents et incidents, qui permet de faire le suivi des erreurs de médicaments dans les établissements de soins de courte durée. La publication du rapport *Les soins de santé au Canada 2010* nous a permis d'entreprendre un échange sur la pertinence des soins et d'examiner les interventions qui continuent d'être pratiquées malgré le nombre croissant de données probantes démontrant qu'elles n'améliorent pas les résultats pour les patients. Ce rapport a en outre établi que le recours aux meilleures données probantes disponibles pour dispenser, gérer et évaluer les soins accroît l'efficacité globale de notre système.

Afin de soutenir les efforts d'amélioration des soins de courte durée, nous avons créé l'an dernier un outil novateur de mesure du rendement. Le Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC) propose 33 indicateurs de rendement clinique et financier qui mesurent la qualité et l'efficacité dans les hôpitaux de soins de courte durée. L'objectif est de fournir aux hôpitaux des données comparatives qu'ils peuvent utiliser pour déterminer les secteurs à améliorer. Le PPRHC devait débuter par un modeste projet pilote, mais étant donné le nombre impressionnant de provinces et de territoires souhaitant y participer, nous l'avons lancé dans plus de 500 hôpitaux. Cet enthousiasme, qui traduit le profond désir de nos intervenants de mesurer et surveiller leur rendement, témoigne aussi de leur confiance envers notre capacité à recueillir des données fiables et de grande qualité.

Grâce au financement initial de l'Agence de la santé publique du Canada, nous avons annoncé notre intention de mettre sur pied un système pancanadien permettant de mesurer et surveiller l'évolution et le traitement de la sclérose en plaques. En étroite collaboration avec la Société canadienne

de la sclérose en plaques et le Réseau canadien des cliniques de sclérose en plaques, nous souhaitons fournir de nouvelles données afin d'aider à améliorer la qualité de vie et les soins pour les 55 000 à 75 000 Canadiens aux prises avec cette maladie invalidante.

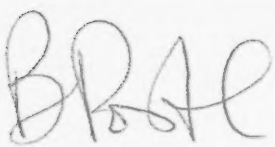
Nous avons continué de travailler avec nos partenaires afin de veiller à l'utilité et à la pertinence des nouvelles sources de données pour le système de santé et de combler d'importantes lacunes en matière d'information. Avec Inforoute Santé du Canada, nous élaborons une vision de l'utilisation des dossiers de santé électronique (DSE) pour les besoins du système de santé. Ceci permettra d'orienter la planification et les efforts touchant la conception de systèmes fondés sur les DSE partout au Canada. L'utilisation des données pour les besoins du système de santé pourrait servir, notamment, à faire le suivi des événements indésirables, à surveiller les résultats pour les patients et à déterminer les tendances. Nous avons également créé et favorisé des normes communes relatives au contenu des dossiers médicaux électroniques lié aux soins de santé primaires. Ces normes permettront aux dispensateurs de soins de santé primaires de recueillir de l'information de façon cohérente, afin de mesurer et de surveiller plus efficacement la qualité des soins dans ce qui est considéré comme la porte d'entrée du système de santé.

Nous voulons nous assurer que nous répondons le mieux possible aux besoins des décideurs du milieu de la santé. Cette année, nous avons dressé une stratégie clients pour veiller à ce que nos travaux continuent de répondre aux besoins précis de nos intervenants clés de partout au pays. Cela peut se traduire par la conception d'outils personnalisés ou encore par un soutien aux provinces et territoires de petite taille qui ne disposent pas des ressources nécessaires pour effectuer leurs propres analyses.

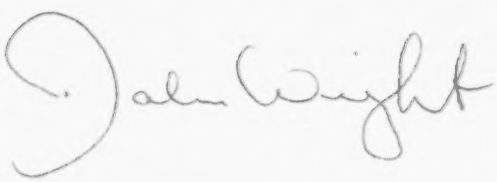
À titre d'organisme centré sur les données, nous devons plus que jamais nous assurer que nos propres processus de travail soient le plus efficients et le plus efficaces possible, et qu'ils soient par ailleurs mesurables. L'année dernière, KPMG a mené une évaluation indépendante et une vérification du rendement de l'Initiative de l'information sur la santé, notre entente de financement avec Santé Canada. Dans l'ensemble, les résultats ont révélé que les objectifs de l'initiative ont été atteints. Le rapport a en outre souligné notre rôle de plus en plus crucial dans la coordination et la diffusion de produits d'information fiables et de grande qualité à l'intention des décideurs, des gouvernements, des hôpitaux, des régions, des chercheurs ainsi que des Canadiens d'un océan à l'autre.

Nos *Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada* (Normes SIG) demeurent la référence parmi les organismes de santé canadiens pour la présentation de l'information financière et statistique. Elles ont célébré leur 25e anniversaire cette année. Tel un bon vin, elles se bonifient avec l'âge!

Nous avons de nombreuses raisons d'être fiers, mais il reste beaucoup à faire. À l'aube de la dernière année de notre plan actuel de quatre ans, nous rencontrerons nos intervenants de partout au pays, question de tracer un nouvel itinéraire et de nous assurer de continuer à répondre à leurs besoins. Nous sommes honorés de jouer un rôle de confiance dans le système de santé, et nous nous réjouissons à l'idée de collaborer avec nos partenaires à l'échelle du Canada pour demeurer à l'avant-garde de l'information sur la santé.



Dr Brian Postl
Président du Conseil
d'administration



John Wright
Président-directeur général

Nos réalisations

Dans le système de santé, les données servent à mesurer le rendement, à planifier les services, à effectuer des études de rentabilisation, à cerner les meilleures pratiques et, au bout du compte, à améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Toutes ces activités forment une chaîne liant les données à la prise de décisions et aux résultats pour la santé. Il va sans dire que de meilleures données donnent lieu à de meilleures décisions; aussi nous sommes-nous engagés à fournir à nos intervenants l'information dont ils ont besoin pour s'assurer que les Canadiens bénéficient des soins de qualité auxquels ils ont droit.

Il y a quelques années, nous avons demandé à nos partenaires du milieu de la santé de partout au pays de déterminer leurs besoins prioritaires en information. En nous fondant sur leurs commentaires, nous avons conçu un plan stratégique axé sur trois orientations afin de guider nos efforts visant à répondre à ces besoins, de 2008-2009 jusqu'à la fin mars 2012. Voici ces orientations stratégiques :

1. **Des données plus nombreuses et de meilleure qualité :** Nous nous efforcerons d'améliorer la portée, la qualité et l'actualité de nos banques de données.

2. **Analyses pertinentes et exploitables :** Nous continuerons de produire une information et des analyses de qualité qui soient pertinentes et puissent se traduire en actions concrètes.

3. **Compréhension et utilisation améliorées :** Nous collaborerons avec nos partenaires afin de les aider à mieux comprendre et utiliser nos données et analyses. Nous le ferons en temps opportun et dans le respect de la confidentialité.

En tant qu'organisme axé sur les données, nous estimons important d'être capable de mesurer nos progrès. Voilà pourquoi notre rapport annuel fait état d'un ensemble de cibles et de mesures de rendement s'inscrivant dans nos objectifs et priorités. À l'aube de la dernière année de ce plan stratégique, vous constaterez que nous avons atteint, voire dépassé, de nombreux objectifs, mais qu'il nous reste aussi du travail à faire dans d'autres secteurs.

Des données plus nombreuses et de meilleure qualité

Des données plus nombreuses et de meilleure qualité

La fiabilité et la qualité des données constituent un avantage pour tout organisme. Elles deviennent un atout encore plus important lorsque l'information sur la santé constitue votre activité principale. L'information que nous obtenons aide à la prise de décisions concernant le système de santé, et nous prenons cette responsabilité à cœur. Plus le portrait de notre système de santé est clair, plus nos partenaires sont en mesure de cerner ce qui fonctionne bien ainsi que les points qui gagnent à être améliorés. Les données aident notamment les gouvernements à prendre des décisions en matière d'affectation des ressources, les régions et les organismes à restructurer leurs services et les agences de santé publique à cibler leurs initiatives. Dans le cadre de nos orientations stratégiques, nous avons pris l'engagement auprès de nos intervenants d'étendre la portée de nos banques de données et d'en améliorer la qualité. Voici ce que nous avons accompli au cours de la dernière année.

Des données pharmaceutiques plus nombreuses

Dans le contexte de la hausse de l'utilisation des médicaments prescrits au Canada, la fiabilité des données est essentielle à la gestion efficace des régimes publics d'assurance-médicaments et à l'élaboration des politiques pharmaceutiques. Notre Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) permet aux planificateurs de la santé de comparer la façon dont les médicaments sont utilisés dans leur province ou territoire, de savoir combien ils coûtent aux régimes publics et de suivre l'évolution de l'utilisation des produits pharmaceutiques au fil du temps. Cette année, l'Ontario a commencé à soumettre des données sur les demandes de remboursement de médicaments prescrits, portant à sept le nombre de provinces participant au système, ce qui représente quelque 150 millions d'enregistrements par année. En outre, dans le cadre d'un projet pilote, la base de données du SNIUMP comprend maintenant des données dépersonnalisées provenant de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada.

Les accidents et incidents médicamenteux comptent parmi les événements indésirables les plus fréquents dans la prestation des soins; mieux nous les comprendrons, plus nous serons en mesure de les prévenir. En vertu de notre engagement à aider les intervenants à améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins, nous avons lancé, le 1er avril 2010, le Système national de déclaration des accidents et incidents. La participation a été considérable et de nouveaux établissements de soins de courte durée ont commencé à soumettre des données sur les accidents et les incidents médicamenteux.

Dans le cadre d'un projet pilote, 23 établissements de soins de longue durée ont également entrepris la soumission de données, et le B.C. Patient Safety and Learning System commencera à soumettre des données provinciales à titre d'essai. Grâce à l'ajout de provinces et de territoires, l'ICIS sera davantage en mesure d'apporter des améliorations à la prestation sécuritaire des soins de santé partout au pays.

Des données sur les services à domicile et les soins de longue durée plus nombreuses

Étant donné le vieillissement de la population, la gestion efficace du système de santé dans son ensemble repose sur la compréhension des modes de prestation des soins dans tout le continuum. Au cours de la dernière année, nous avons connu une hausse importante de la portée de nos données sur les soins de longue durée grâce à une augmentation de près de 50 % du nombre d'établissements participant à notre Système d'information sur les soins de longue durée, pour un total de quelque 1 100 établissements répartis dans sept provinces et territoires. Cette croissance s'est étendue au Système d'information sur les services à domicile, auquel 30 organismes régionaux provenant de cinq provinces et territoires soumettent maintenant des données.

Des données sur les ressources humaines de la santé plus nombreuses

La planification de la santé exige des données fiables sur le nombre et le coût des professionnels de la santé; elles permettent de s'assurer que les Canadiens continuent d'avoir accès aux services dont ils ont besoin en temps opportun. Dans le but de mieux comprendre comment les médecins sont rémunérés, nous avons amélioré la Base de données nationale sur les médecins de façon à permettre aux provinces et territoires de soumettre des données sur les autres modes de paiement des médecins. L'objectif est d'intégrer ces données à celles sur la rémunération à l'acte afin de brosser un portrait plus complet de la rémunération des médecins au Canada. Le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador soumettent des données sur les autres modes de paiement depuis deux ans; l'année dernière, la Colombie-Britannique s'est jointe à eux.

Nous sommes actuellement en discussion avec l'Ordre des ergothérapeutes du Québec afin d'étudier la possibilité qu'il soumette des données au niveau de l'enregistrement à la Base de données sur les ergothérapeutes à compter de 2011-2012. Cette participation viendrait combler une lacune importante dans nos bases de données sur les ressources humaines de la santé.

Des données sur l'établissement des coûts et les soins ambulatoires plus actuelles

Les hôpitaux représentent la catégorie de dépenses de santé la plus importante au Canada. Nos intervenants, qui cherchent à limiter les dépenses au sein du système, manifestent un intérêt grandissant pour des données comparables sur les coûts des soins de courte durée. L'année dernière, nous avons amélioré notre Base de données canadienne SIG, la source nationale de données financières et statistiques sur les hôpitaux et les régions sanitaires. Les provinces et territoires ont maintenant accès à des données d'analyse encore plus actuelles et pertinentes. En 2010-2011, les indicateurs de rendement des hôpitaux ont été publiés cinq mois plus tôt. En outre, pour la première fois, nous avons fait paraître une version française des Normes SIG, facilitant ainsi la collecte et la soumission de données pour les fournisseurs francophones.

La participation des provinces et territoires à notre Système national d'information sur les soins ambulatoires, qui contient des données sur les services d'urgence, les chirurgies d'un jour et les visites en consultation externe, a continué de croître l'année dernière. Cette croissance est essentiellement attribuable à la mise en œuvre d'un nouveau niveau de déclaration pour les services d'urgence qui allège le fardeau de la collecte de données et met à la disposition des intervenants les rapports mensuels sur les temps d'attente dans les services d'urgence dans les trois semaines suivant la fin du mois.

Jeter les bases de l'amélioration des données sur les soins de santé primaires

Les soins de santé primaires (SSP) sont les soins les plus communément dispensés aux Canadiens. On reconnaît généralement que la prestation de soins plus complets en première ligne peut se traduire par une meilleure santé des patients et réduire les complications ultérieures. Le renforcement des données sur les SSP au Canada compte toujours parmi nos priorités. Nous avons d'ailleurs réalisé d'importants progrès l'année dernière en obtenant le soutien des provinces et territoires pour l'adoption de normes communes relatives au contenu du dossier médical électronique (DME) en lien avec les SSP.

Notre système de déclaration volontaire repose sur un sous-ensemble de données prioritaires des DME provenant de plus de 200 médecins de famille et touchant plus de 250 000 patients de partout au pays. Ces données nous ont permis de produire des rapports de rétroaction constructifs et des outils électroniques d'amélioration de la qualité dont se servent les cliniciens en SSP pour perfectionner leurs pratiques. Nous nous apprêtons aussi à mettre à jour les indicateurs pancanadiens de SSP en 2011.

Autres projets de développement de données

Santé mentale dans les collectivités

Afin de combler les lacunes au chapitre des données sur la santé mentale, un domaine prioritaire pour l'ICIS, nous nous sommes employés à définir de nouveaux outils d'évaluation de la santé mentale dans les collectivités et à appuyer leur mise en œuvre. Au cours de l'année dernière, nous avons publié de nouveaux ensembles de rapports comparatifs présentant des données pilotes sur la santé mentale dans les collectivités de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador.

Santé des Autochtones

Pour l'ICIS, la santé des Autochtones est aussi un domaine prioritaire qui comporte de grandes lacunes au chapitre de l'information. En collaboration avec les Premières Nations et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, nous avons conçu des initiatives de développement des données sur l'utilisation des médicaments et les services à domicile chez les membres des Premières Nations. Nous avons également travaillé avec des organismes autochtones à la mise sur pied de projets analytiques liés aux soins cardiaques (en partenariat avec Statistique Canada) et au stade terminal de l'insuffisance rénale.

suite à la page suivante

Autres projets de développement de données (suite)

Amélioration de la qualité des données

Nous avons amélioré la qualité de nos données et de nos produits d'information en poursuivant la mise en œuvre de notre programme exhaustif sur la qualité des données. Nous avons publié un rapport témoignant d'une amélioration appréciable de la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients tout en continuant de produire des rapports sur la qualité à l'intention des sous-ministres. Ces rapports fournissent de l'information utile aux provinces et territoires pour améliorer la qualité des données. Nous avons aussi poursuivi notre collaboration avec les hôpitaux, les provinces et territoires et les régies régionales de la santé afin de les aider à régler leurs problèmes de qualité des données.

Utilisation du DSE et du DME pour les besoins du système de santé

Les systèmes d'information basés sur les dossiers de santé électroniques (DES) ou les dossiers médicaux électroniques (DME) offrent de nouvelles occasions d'améliorer la gestion du système de santé de même que la santé des Canadiens. Cela dit, il est crucial d'examiner la façon dont les données des DSE et DME peuvent être utilisées au-delà du point de service pour optimiser la valeur de ces systèmes. De concert avec Inforoute Santé du Canada et les provinces et territoires, nous avons contribué à l'avancement de l'utilisation des données du DSE pour les besoins du système de santé. Nous avons en outre préparé des normes pancanadiennes, dont les normes relatives au contenu lié aux SSP, et d'autres documents connexes dans divers domaines politiques.

Classifications

Nous avons mis la dernière main à un projet pluriannuel de remaniement de la méthodologie de regroupement du Système global de classification ambulatoire. La nouvelle version, publiée le 1er avril 2011, aidera les hôpitaux, les chercheurs et les gouvernements à mieux comprendre les soins ambulatoires au Canada.

Des données plus nombreuses et de meilleure qualité

Accroître les données sur les soins ambulatoires et les services d'urgence

Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Nombre de sites, d'établissements ou de provinces et territoires qui soumettent des abrégés des services d'urgence au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), par niveau de déclaration 1, 2 ou 3	Maintenir le pourcentage des abrégés des services d'urgence soumis Augmenter le pourcentage de soumissions de données sur les services d'urgence au SNISA (tous les niveaux de déclaration) de 38 % à 53 % Ajouter 100 % des activités de l'Alberta liées aux services d'urgence, aux chirurgies d'un jour et aux cliniques	Pourcentage de soumissions de données sur les services d'urgence au SNISA de 53 %, incluant toutes les soumissions de l'Alberta Un nouvel établissement de la N.-É. a commencé à soumettre des abrégés en chirurgie d'un jour au SNISA

Accroître les données sur les services à domicile

Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Nombre de provinces et de territoires qui participent au Système d'information sur les services à domicile (SISD)	Six provinces et territoires participent au SISD (un participant de plus)	Sept provinces et territoires participent
Nombre de régies régionales de la santé (RRS) et de réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui soumettent des données RAI-HC au SISD	40 RRS et RLISS soumettent des données RAI-HC (10 de plus)	30 RRS et RLISS soumettent des données RAI-HC

Accroître les données sur les soins de longue durée

Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Nombre de provinces et de territoires qui participent au SISLD	Sept provinces et territoires participent au SISLD (un participant de plus)	Sept provinces et territoires participent
Nombre d'établissements et de centres de soins de longue durée qui soumettent des données RAI-MDS 2.0© au SISLD	1 050 établissements et centres de soins de longue durée soumettent des données RAI-MDS 2.0 (839 établissements de plus)	1 062 établissements soumettent des données

suite à la page suivante

Des données plus nombreuses et de meilleure qualité (suite)

Accroître les données pharmaceutiques

Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Nombre de provinces et de territoires qui soumettent des données au SNIUMP	Une nouvelle province ou un nouveau territoire soumet des données au SNIUMP	Deux nouvelles entités soumettent des données au SNIUMP, l'Ontario et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits

Accroître les données sur les accidents et incidents médicamenteux

Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Nombre d'établissements qui soumettent des données au SNDAI	Augmenter de 25 % le nombre d'établissements, pour un total de 20	25 nouveaux établissements soumettent des données, pour un total de 41

Mise en œuvre du programme d'information sur les soins de santé primaires à une plus grande échelle

Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Élaborer des normes pancanadiennes relatives au contenu du dossier médical électronique en lien avec les SSP	Diffuser les nouvelles normes pancanadiennes relatives au contenu du DME en lien avec les SSP d'ici mars 2011	Trois documents sur les normes relatives au contenu du DME en lien avec les SSP ont été publiés sur le site Web de l'ICIS en avril 2011
Augmenter la quantité de données recueillies pour le système de déclaration volontaire de données sur les SSP (nombre de sites participant au système)	Données du DME de 200 000 Canadiens soumises par 200 cliniciens en SSP d'ici mars 2011	Des données du DME ont été reçues de 221 médecins de neuf sites de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et du Manitoba pour plus de 270 000 patients distincts durant l'exercice 2010-2011
Produire de nouvelles données exploitables sur les SSP	Produire trois Analyses en bref sur les SSP	Une Analyse en bref a été produite

Améliorer la qualité et l'exhaustivité des données sur les coûts propres aux patients

Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Nombre de sites qui soumettent à l'ICIS des données sur les coûts propres aux patients	6 sites de plus, pour un total de 45	45 sites

Remarque

© interRAI Corporation, Washington, D.C., 1997, 1999. Modifié avec permission d'utilisation sous licence au Canada par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Nellie Semple, résidente, Foyer de soins spéciaux Willow Lodge

Les données aident à lutter contre la dépression

Au Foyer de soins spéciaux Willow Lodge, en Nouvelle-Écosse, les membres du personnel avaient toujours pensé que les résidents étaient heureux et satisfaits.

Mais la réalité les a rattrapés lorsque le centre de soins infirmiers de Tatamagouche a commencé à utiliser des indicateurs de qualité dans le cadre d'un projet pilote provincial.

« Les taux de dépression étaient supérieurs à 50 % », explique Betty Matheson, directrice des soins infirmiers de Willow Lodge. « Et à cette époque, le pourcentage de patients qui participaient peu ou pas du tout aux activités était à peu près le même. Ces résultats nous ont vraiment ouvert les yeux. »

Pour mesurer le bien-être de ses résidents, M^me^ Matheson s'est servi des outils d'évaluation interRAI, un réseau de recherche international modifié par l'ICIS aux fins d'utilisation au Canada.

Les outils lui ont permis de surveiller non seulement l'état de chaque patient, mais aussi de comparer le rendement global de son centre de soins infirmiers par rapport aux autres établissements de soins de longue durée en utilisant des indicateurs de la qualité des soins fondés sur des données probantes.

M^me^ Matheson et son équipe se sont penchées sur les médicaments et les activités des résidents. Elle affirme que le centre a changé d'approche à l'égard des soins : il considère maintenant chaque résident comme une personne unique avec des besoins précis. Le programme d'activités du centre a été restructuré pour mieux répondre aux intérêts des 61 résidents.

« On pourrait croire que les résidents qui suivent avidement leurs feuilletons à la télé ne font que rester à l'écart dans leur chambre. Mais si c'est ce qu'ils font tous les jours depuis 50 ans, ils considèrent sûrement ça comme une activité », explique M^me^ Matheson.

Les résidents sont plus occupés que jamais et peuvent choisir parmi différentes activités comme la musique, la danse, les parties de cartes et la zoothérapie.

« Pendant des années, nous n'avions personne qui aimait cuisiner. Aujourd'hui, nous avons une dame qui prépare des plats tous les jours », souligne-t-elle. « Elle s'amuse beaucoup. Nous avons aussi beaucoup de gens qui aiment jouer au bingo. »

Pas étonnant, dans ces circonstances, que les taux de dépression aient diminué de moitié.

« Nous surveillons de très près la dépression », affirme M^me^ Matheson. « C'est un problème très important chez les personnes âgées. Elles peuvent être happées par une spirale descendante très rapidement. »

Sans les données et les indicateurs de qualité, elle affirme qu'elle n'aurait jamais su ce que les résidents vivaient. Aujourd'hui, le personnel reçoit les données en temps réel.

« C'est merveilleux. On peut immédiatement connaître notre rendement et nous comparer à différentes périodes », ajoute-t-elle. « Notre personnel a toujours eu à cœur le bien-être des résidents, et je suis d'abord et avant tout une aidante. Si je ne voyais aucun avantage pour mes résidents, je ne le ferais pas. Mais les données ne mentent pas. »

Analyses pertinentes et exploitables

Analyses pertinentes et exploitables

Au cours de la dernière année, nous avons continué d'accroître la portée et l'exhaustivité des analyses et des rapports tirés de nos banques de données et publié plus de 34 produits analytiques.

Nos intervenants nous ont dit vouloir disposer de mesures pertinentes du rendement du système de santé, d'information actuelle sur les questions émergentes concernant les soins de santé ainsi que de meilleures données pour éliminer les disparités en santé. Ils souhaitent également mieux comprendre comment sont dépensés les fonds consacrés au système de santé. Voici ce que nous avons réalisé l'année dernière dans le but de répondre aux besoins prioritaires de nos intervenants en matière d'information.

Mesure du rendement

Étant donné l'intérêt marqué des provinces et territoires à l'égard des mesures et des analyses comparatives du rendement des hôpitaux, nous avons produit nos premiers rapports électroniques sur le rendement des hôpitaux à l'échelle pancanadienne au cours de la dernière année. Ces rapports, qui permettent aux établissements de se comparer à des établissements pairs, se fondent sur 33 indicateurs comparables qui mesurent notamment l'efficacité clinique, la sécurité des patients et le rendement financier. L'outil de production de rapports a été déployé dans 574 hôpitaux de soins de courte durée répartis dans 10 provinces et territoires à des fins de validation et d'essai. La diffusion publique est prévue en 2012.

Nous collaborons également avec nos partenaires à l'amélioration des mesures dans les domaines prioritaires, comme les soins cardiaques. L'année dernière, nous avons travaillé avec des centres de cardiologie de la Colombie-Britannique et de l'Ontario à un projet pilote visant à définir des indicateurs de qualité à l'échelle des établissements fondés sur les sources de données existantes. La publication préliminaire de données auprès des centres participants portait sur 14 indicateurs.

Questions émergentes et accès aux soins

Afin de contribuer à la planification en cas de pandémie, nous avons publié *Répercussions de la pandémie de H1N1 sur les hôpitaux canadiens*, qui analysait la réponse du système de santé à la hausse soudaine du nombre de cas de grippe au sommet de la pandémie de H1N1. Le rapport examinait le nombre de patients hospitalisés, les soins spécialisés qui leur ont été prodigués, les coûts estimés du traitement et les éléments qui distinguaient les hospitalisations en raison du H1N1 et celles attribuables à la grippe saisonnière.

Maintenant que nous avons accès à davantage de données comparables sur les temps d'attente, nous avons publié des indicateurs nationaux sur les temps d'attente au Canada dans les domaines prioritaires, en regard des délais de référence recommandés sur le plan médical, dans *Les temps d'attente au Canada — une comparaison par province, 2011*. Misant sur ces travaux, nous avons poursuivi notre collaboration avec les provinces pour élaborer des indicateurs de temps d'attente dans les services d'urgence et pour des soins spécialisés. Nous avons en outre entrepris une étude de faisabilité de quatre ans auprès des patients dialysés dans le but d'obtenir de nouvelles données sur l'accès aux transplantations rénales et aux temps d'attente connexes.

Facteurs qui influent sur la santé

Nous avons poursuivi la mise en place du Plan d'action de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, qui vise à éclairer les politiques de réduction des inégalités et d'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens. Il porte essentiellement sur les facteurs contribuant à un poids santé, les déterminants de la santé mentale et de la résilience, les liens entre le lieu et la santé et la réduction des écarts en santé.

Dans le cadre du plan, nous avons fait paraître un rapport sur les environnements physiques en milieu urbain et les inégalités en santé. Ce rapport a révélé que les Canadiens vivant dans les régions les plus pauvres étaient les plus susceptibles d'être exposés aux effets de la pollution atmosphérique et des chaleurs extrêmes. Il a également permis d'examiner en profondeur les politiques et les interventions pertinentes.

Coûts des soins de santé

Les dépenses de soins de santé demeurent un sujet de débat central au Canada et une question clé pour les responsables de l'élaboration des politiques. L'année dernière, nous avons entrepris un important projet analytique sur les facteurs d'accroissement des coûts des soins de santé au pays. Ce projet jettera un nouvel éclairage sur les principaux facteurs d'accroissement des coûts des 10 dernières années et cernera les tendances pancanadiennes sous-jacentes susceptibles d'influer sur les dépenses de santé futures. Les résultats préliminaires des différentes analyses ont été présentés aux représentants des ministères de la Santé, notamment les tendances des dépenses à l'échelle de la macroéconomie, des médecins, des médicaments, des hôpitaux et d'autres types de soins de santé. Un rapport sommaire sera rendu public à l'automne.

Bon nombre de provinces ont adopté un modèle de financement par activité, ce qui exige des renseignements précis sur le coût et le paiement de chacun des services de santé. À cette fin, nous avons mis sur pied une unité ayant pour mandat d'aider les provinces et territoires à utiliser nos méthodologies de regroupement des groupes clients avec ce type de financement. Cette unité se veut un centre d'expertise technique en matière de conception, de mise en œuvre, de surveillance et d'évaluation des modèles de financement des soins de santé. En Ontario, l'ICIS collabore avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée afin d'appuyer les intervenants dans le déploiement et l'utilisation du modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS), conçu pour favoriser la rentabilité de la prestation des soins. Nous avons également offert un soutien considérable au ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique dans le cadre de ses activités de financement axées sur les patients, ainsi qu'à Alberta Health Services pour la conception et la mise en œuvre d'un système de financement fondé sur les activités pour les soins de courte durée.

Études percutantes publiées par l'ICIS en 2010-2011

- **Le rapport *Les soins de santé au Canada 2010* a suscité des échanges partout au Canada au sujet des soins potentiellement inappropriés et de l'importance du recours aux données probantes pour améliorer les soins de santé. Il présentait une nouvelle analyse sur les interventions chirurgicales potentiellement inadéquates et les variations dans les soins chirurgicaux, y compris l'information sur les coûts potentiels des chirurgies superflues. Ce rapport a été publié parallèlement aux résultats du ratio normalisé de mortalité hospitalière, qui soulignaient les progrès réalisés par les établissements de soins de courte durée du Canada dans la réduction des taux de mortalité.**
- **Nos rapports annuels sur la main-d'œuvre chez les médecins et les infirmières, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2009* et *Infirmières réglementées : tendances canadiennes, 2005 à 2009*, ont révélé des hausses considérables dans les effectifs de ces dispensateurs de soins de premier plan au Canada. En effet, en 2009, le nombre de médecins a atteint un sommet inégalé, représentant une augmentation annuelle de 4 %, soit un rythme de croissance trois fois plus élevé que celui de la population canadienne. La main-d'œuvre infirmière a elle aussi augmenté plus rapidement que la population, avec une hausse de 9 % en cinq ans; en revanche, le nombre d'infirmières par habitant au Canada demeure inférieur à ce qu'il était au début des années 1990.**

suite à la page suivante

Études percutantes publiées par l'ICIS en 2010-2011 (suite)

- Le rapport *Indicateurs de santé 2010* comportait une analyse spéciale des disparités socioéconomiques. Selon ce rapport, bien que les Canadiens à faible revenu aient été plus susceptibles que les autres de subir une crise cardiaque, la qualité des soins offerts aux patients victimes d'une crise cardiaque était similaire chez l'ensemble des Canadiens. On a également découvert que les écarts en santé étaient souvent plus marqués entre régions qu'entre niveaux de revenu et que la réduction de ces disparités pourrait entraîner des économies appréciables pour le système. Le rapport présentait plus de 40 mesures de la santé et du rendement du système de santé par région sanitaire et par province ou territoire.
- Les affections chroniques, et non l'âge, sont le principal déterminant de l'utilisation du système de santé par les aînés. Notre analyse *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les incidences des multiples affections chroniques?* montre que le nombre de visites médicales effectuées par les personnes de 85 ans et plus qui ne présentaient aucune affection chronique était inférieur de plus de la moitié à celui des visites médicales effectuées par des personnes de 65 à 74 ans souffrant de trois affections chroniques ou plus. L'étude a examiné le mode d'accès des aînés vivant dans la collectivité aux services de santé ainsi que les soins qu'ils reçoivent.
- Le rapport *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010* est le rapport annuel le plus complet du Canada sur les dépenses de santé par province, par source de financement et par catégorie de dépenses. Ce rapport nous a appris que même si les dépenses de santé ont continué d'augmenter en 2010, on estime que leur taux de croissance n'a jamais été si bas en 10 ans; le total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut a en outre légèrement diminué.
- En 2010, nous avons publié deux rapports thématiques portant sur les soins aux aînés dans la collectivité. *Le soutien aux aidants naturels au cœur des services à domicile* a montré qu'un aidant naturel sur six éprouvait de la détresse et a cerné les facteurs de risque les plus souvent associés à la détresse. Le rapport *Les soins aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence* a pour sa part révélé qu'en 2007-2008, une personne âgée sur cinq (20 %) qui bénéficiait de services à domicile de longue durée avait reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence, certaines souffrant d'une déficience relativement grave.

10 principaux produits couverts par les médias

1	*Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010*
2	*Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2009*
3	*Les soins de santé au Canada 2010* et Résultats de 2010 du RNMH
4	*Le soutien aux aidants naturels au cœur des services à domicile* et *Les soins aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence*
5	*Infirmières réglementées : tendances canadiennes, 2005 à 2009*
6	*Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2010*
7	*Les temps d'attente au Canada — une comparaison par province, 2011*
8	*Indicateurs de santé 2010*
9	*Répercussions de la pandémie de H1N1 sur les hôpitaux canadiens*
10	*La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement*

Analyses pertinentes et exploitables

Élargir la portée générale et la pertinence des produits analytiques		
Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Nombre de rapports annuels réguliers produits	18 rapports annuels réguliers produits	23 rapports annuels réguliers produits en 2010-2011
Nombre de rapports spéciaux et thématiques produits	Huit rapports spéciaux et thématiques produits	Deux rapports spéciaux produits en 2010-2011
Nombre d'Analyses en bref produites	14 Analyses en bref produites	Neuf Analyses en bref produites en 2010-2011
Pourcentage d'intervenants jugeant que les produits analytiques de l'ICIS sont pertinents (selon notre sondage bisannuel auprès des intervenants)	90 %	s.o. (aucun sondage bisannuel cette année)
Pourcentage d'intervenants jugeant que les produits analytiques de l'ICIS sont exploitables (selon notre sondage bisannuel auprès des intervenants)	80 %	s.o. (aucun sondage bisannuel cette année)
Élaborer de nouveaux indicateurs de santé comparatifs		
Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Nombre d'indicateurs de santé élaborés	Trois nouveaux indicateurs liés à la santé mentale (taux de réadmission dans les 30 jours suivant une hospitalisation en raison d'une maladie mentale, taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure auto-infligée et hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	Trois nouveaux indicateurs liés à la santé mentale ont été élaborés; les commentaires ont été reçus et les méthodes ont été mises à jour Les indicateurs pourront être publiés en 2011
Élaborer des rapports pancanadiens sur la performance des hôpitaux		
Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Nombre de provinces et de territoires inclus dans les rapports pancanadiens	Ajout d'une entité (total de 10)	10 provinces et territoires
Nombre d'utilisateurs et de sites inclus dans les rapports pancanadiens	250 utilisateurs représentant 560 sites	742 utilisateurs inscrits représentant 572 sites

sutie à la page suivante

Analyses pertinentes et exploitables (suite)

Élaborer de nouveaux rapports et outils de production de rapports électroniques

Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Nombre de nouveaux produits liés aux rapports électroniques élaborés et envoyés aux sections en vue de la diffusion aux clients de l'ICIS	Quatre nouveaux produits liés aux rapports électroniques élaborés et envoyés aux sections en vue de la diffusion aux clients de l'ICIS	Quatre nouveaux produits liés aux rapports électroniques à la fin de l'année • rapport électronique préalable sur les données des hôpitaux du Canada • rapports électroniques communautaires dans l'onglet Statistiques éclair • rapport électronique du SNISA • outil électronique lié aux rapports pancanadiens sur les hôpitaux

Accroître l'utilisation du Portail de l'ICIS

Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Nombre de sites participants	19 nouveaux sites (total de 65)	121 sites
Nombre de clients	224 nouveaux clients (total de 460)	351 nouveaux clients

Augmenter le nombre de données disponibles dans le Portail de l'ICIS

Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Nombre d'entrepôts de données dans le Portail de l'ICIS	Ajout d'un nouvel entrepôt de données (total de quatre)	Nouvel entrepôt de données ajouté (total de quatre)

suite à la page suivante

Analyses pertinentes et exploitables (suite)

Élargir la portée et l'influence générales des données et des produits d'information de l'ICIS		
Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Pourcentage d'intervenants qui considèrent l'ICIS comme une source essentielle d'information	85 % (82 % lors du sondage de 2009 auprès des clients)	s.o. (aucun sondage bisannuel cette année)
Pourcentage d'intervenants qui considèrent l'ICIS comme une source fiable d'information	90 % (86 % lors du sondage de 2009 auprès des clients)	
Pourcentage d'intervenants qui considèrent l'ICIS comme une valeur ajoutée pour leur organisation	85 % (83 % lors du sondage de 2009 auprès des clients)	
Les mesures de la portée et de l'influence seront élaborées parallèlement avec le lancement du nouveau site Web	À déterminer	En cours d'élaboration
Augmenter le nombre et la portée des produits de formation offerts		
Mesures de rendement	Objectifs pour 2010-2011 (en date du 31 mars 2011)	2010-2011 (en date du 31 mars 2011)
Nombre d'ateliers offerts en personne	145 ateliers offerts en personne	132 ateliers offerts en personne
Nombre d'inscriptions (à toutes les formations offertes)	Environ 24 000 inscriptions	24 270 inscriptions

Dayle Maryniak, directrice, Établissement de soins Pleasant View

Les données aident à mettre les principes en pratique

Dans la Région sanitaire de Saskatoon, les données ont aidé à transposer un changement philosophique en changements pratiques sur les premières lignes de soins.

À l'Établissement de soins Pleasant View à Wadena, les indicateurs de qualité ont révélé que plus de 50 % des résidents avaient été contraints physiquement sur une base quotidienne en 2005, malgré l'entrée en vigueur d'une politique de contention minimale en 2004. La directrice de l'établissement Dayle Maryniak se souvient d'avoir été décontenancée par ces résultats.

« C'était terrible », dit-elle. « Les membres du personnel n'avaient jamais recours aux mesures de contention par méchanceté. Ils essayaient simplement d'assurer la sécurité de leurs patients. Mais on s'habitue à soigner les résidents d'une certaine manière, jusqu'à ce que les chiffres nous donnent le portrait réel de la situation. »

Les indicateurs ont été créés par interRAI, un réseau de recherche international, et modifiés par l'ICIS aux fins d'utilisation au Canada. Ces indicateurs ont permis à M^me^ Maryniak d'évaluer chaque patient et de comparer leur centre de soins avec d'autres établissements de soins de longue durée.

Les indicateurs montraient aussi que certains établissements affichaient un bon rendement, mais que près de la moitié des centres de soins infirmiers de la région dépassaient le seuil quotidien de contention des résidents de 8,7 %. Il y a dix ans, on immobilisait toute personne ayant une propension à faire des chutes ou à errer dans les corridors. Mais avec l'évolution des démarches d'intervention, ces pratiques ne sont plus acceptables. À la lumière des nombreux risques liés à la contention, Sherri Solar, coordonnatrice de projets de soins de soutien dans la région, a travaillé avec son équipe pour s'assurer que les gens envisagent d'autres solutions d'abord.

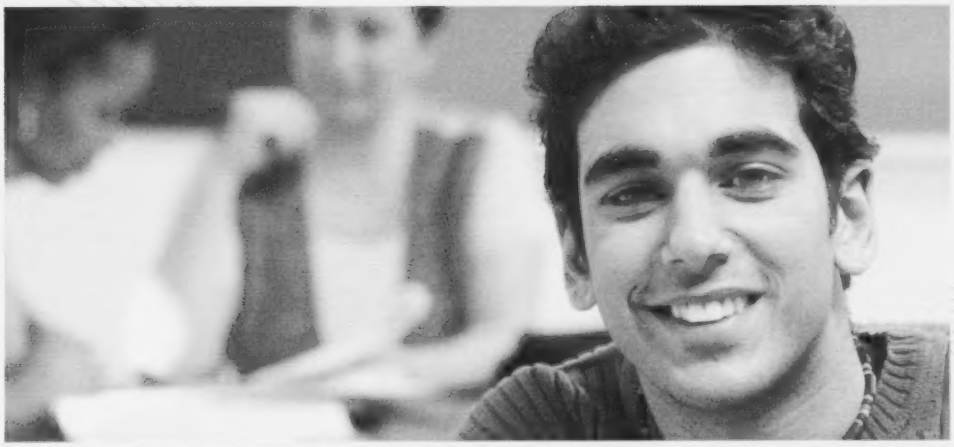
« Nous avons commencé par examiner les cas de deux clients et nous nous sommes demandé quelles seraient nos options si on éliminait les mesures de contention », relate M^me^ Maryniak. « C'est ainsi que nous avons entrepris de renseigner notre personnel et nos clients et d'interagir avec eux pour appliquer la même démarche aux autres résidents. »

L'utilisation des mesures de contention a diminué de 20 % dans la région et de 40 % à Pleasant View, malgré une augmentation des cas de démence et de fragilité chez les résidents. Aujourd'hui, on utilise ces mesures pour une courte durée seulement, et la décision ne se prend jamais unilatéralement. Les équipes de soins et les membres de la famille prennent part à la décision.

« C'est extraordinaire. Un changement culturel est en train de se produire », affirme M^me^ Solar. « Mais je ne pense pas qu'on aurait pu y arriver sans examiner les données. »

Selon M^me^ Maryniak, les résultats sont éloquents : les patients sont visiblement plus heureux. Les hurlements et les cris d'angoisse, de même que les plaintes du personnel au sujet de morsures, de coups de poing et de coups de pied, ont diminué, alors qu'elles étaient monnaie courante six ans auparavant.

« L'aventure en a valu la peine. Elle a été extrêmement bénéfique pour le personnel et les clients. »



Compréhension et utilisation améliorées

Compréhension et utilisation améliorées

Nos clients et intervenants clés sont responsables de la bonne marche d'un système qui fonctionne à plein régime et ne connaît aucun répit. Des décisions se prennent constamment; aussi est-il crucial de pouvoir les appuyer sur de l'information juste et actuelle. C'est pour cette raison que nous nous sommes engagés à fournir à nos intervenants des données fiables ainsi que les outils et les ressources nécessaires pour les comprendre et les utiliser.

Nous avons déployé d'énormes efforts pour améliorer notre réactivité globale au moyen d'une approche plus stratégique quant à nos relations avec nos intervenants. Ainsi, nous avons dressé une stratégie de formation complète afin de cibler et de raffiner les services que nous offrons à nos clients. L'année dernière, l'ICIS a donné 132 ateliers en personne à des clients de partout au pays. Voici d'autres exemples d'initiatives visant à améliorer la compréhension et l'utilisation de nos produits et services.

Portail de l'ICIS

Le Portail de l'ICIS donne aux établissements et aux provinces et territoires un accès à des données d'analyse pancanadiennes touchant le soutien décisionnel, la gestion du rendement et l'amélioration. Nous continuons d'apporter des améliorations au Portail. Ainsi, l'année dernière, nous y avons intégré les données sur les services de réadaptation dispensés aux patients hospitalisés provenant du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) et ajouté la possibilité pour les utilisateurs d'inclure de l'information liée au revenu à leurs rapports personnalisés.

L'utilisation du Portail de l'ICIS s'est considérablement accrue au cours de la dernière année : le nombre d'utilisateurs s'élève maintenant à 351, répartis dans 121 établissements de neuf provinces et territoires. Nous avons également travaillé avec l'Association canadienne des centres de santé pédiatriques pour appuyer un projet pilote mené auprès des hôpitaux pédiatriques du Québec, ainsi qu'un projet ayant pour but d'inclure les hôpitaux communautaires à cette même communauté de pratique. Grâce à ce projet, les clients du Québec ont accédé pour la première fois aux données de la Base de données sur les congés des patients par l'intermédiaire du portail.

Production de rapports électroniques et site Web remanié

Dans le but d'améliorer l'accessibilité et l'actualité de notre information, nous avons créé davantage d'outils de production de rapports électroniques à l'intention de nos clients. Nous avons notamment conçu un outil qui permettra de diffuser plus rapidement les données sur les ressources humaines de la santé dans un format normalisé, interactif et convivial. La publication devrait avoir lieu en 2012-2013. Nous nous attendons à ce que cet outil finisse par remplacer certains des rapports annuels détaillés sur les ressources humaines de la santé.

Parmi les nombreuses raisons qui nous ont poussés à remanier notre site Web, dont la nouvelle mouture a été lancée en novembre dernier, il y a le fait que nous souhaitions en améliorer la convivialité. S'appuyant sur les besoins des clients et sur les pratiques exemplaires, le site est maintenant plus intuitif et facilite l'accès aux multiples données et produits d'information accessibles en ligne.

Travaux collaboratifs

Nos bureaux régionaux réussissent très bien à déceler des occasions d'adapter nos données et produits dans le but de répondre aux besoins régionaux. Nous collaborons en outre avec les provinces et territoires ainsi que les organismes à améliorer le cheminement des données, l'adoption de nos bases de données et les comparaisons entre provinces et territoires, de même qu'à limiter le chevauchement des tâches. L'année dernière, ces efforts ont pris la forme des activités suivantes :

- En vertu de l'entente de divulgation de données conclue avec Action Cancer Ontario (ACO), les données de dialyse proviendront directement d'ACO, et non plus des établissements eux-mêmes. Cette entente découle du mandat confié à ACO par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario visant à mettre sur pied, exploiter et gérer un réseau rénal dans cette province.
- Une entente d'accès aux données est en cours d'élaboration en vue de permettre à l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé d'accéder aux données des formulaires contenues dans le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP).
- Une entente de partage de données, qui régit la collecte et la divulgation des données par l'ICIS, a été conclue avec la Colombie-Britannique.
- S'appuyant sur l'entente de collaboration des provinces de l'Atlantique concernant l'information sur la santé, un plan préliminaire a été préparé pour mieux comprendre la situation des patients de niveau de soins alternatif dans ces provinces.

- Nous aidons la Régie Capital de la Nouvelle-Écosse à mettre en œuvre la méthodologie d'établissement des coûts par cas. En plus d'avoir réalisé une évaluation de l'état de préparation et donné des conseils en matière de planification, notre personnel collabore activement avec la direction de la régie afin de trouver des moyens d'accélérer l'exécution du projet.
- Aux côtés du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, des réseaux locaux d'intégration des services de santé et du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, nous tentons de réduire le dédoublement des tâches et d'uniformiser les méthodes et les définitions relatives aux indicateurs de rendement utilisés par les organismes produisant des rapports publics.
- Nous élaborons des protocoles d'entente avec d'autres organismes nationaux qui se consacrent à des thèmes prioritaires, comme la qualité et la sécurité. Il s'agit notamment d'Agrément Canada et de l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Événements et conférences parrainés ou organisés par l'ICIS

Au cours de la dernière année, nous avons organisé plusieurs conférences nationales et internationales sur la compréhension et l'utilisation de nos données et produits d'information. En septembre 2010, nous avons coorganisé la Conférence des utilisateurs de données à Ottawa, qui a attiré plus de 300 participants de partout au Canada. Figurait au programme un discours liminaire du Dr Nick Black du Royaume-Uni, qui a présenté un aperçu historique de la collecte de données sur les résultats pour la santé, souligné les obstacles à l'avancement du dossier et présenté le livre blanc récemment déposé par le gouvernement du Royaume-Uni, qui consolide son appui à la collecte de données sur les résultats pour la santé.

En octobre 2010, nous avons coorganisé la réunion annuelle des Centres collaborateurs de l'Organisation mondiale de la Santé pour la famille des classifications internationales, qui s'est tenue à Toronto. L'événement, qui avait pour thème « Les données au cœur du changement », a battu des records de participation, avec quelque 200 inscrits originaires de 30 pays. Le U.S. National Center for Health Statistics et Statistique Canada étaient les autres coorganisateurs de la réunion.

La répartition des fonds alloués au système de santé est l'un des principaux défis auxquels font face les décideurs du milieu de la santé quand ils doivent composer avec des pressions croissantes pour améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé et l'accès à celui-ci tout en contrôlant les coûts. À l'heure où les provinces et territoires envisagent d'adopter de nouvelles méthodes pour affecter des fonds ou songent à modifier les méthodes standards, nous avons joint nos efforts à ceux de l'Institute of Health Economics pour rassembler, en novembre dernier, les principaux décideurs en vue de susciter des débats éclairés sur les options et les enjeux du financement ainsi que sur les incidences connexes.

Aperçu de la collecte de données nationales de l'ICIS au 31 mars 2008

Type de service	Banque de données	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	T.N.-O.	Nun.
Soins ambulatoires et de courte durée	Hospitalisations (BDCP et BDMH)						1							
	Chirurgies d'un jour (BDCP et SNISA)		✔				1							
	Services d'urgence	✔	✔	✔								✔		
	Cliniques ambulatoires (SNISA)		✔											
Soins spécialisés et de longue durée	Santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH)						✔							
	Réadaptation (SNIR)													
	Soins de longue durée (SISLD)		✔			✔								
	Services à domicile (SISD)	✔	✔		✔									
	Insuffisances et transplantations d'organes (RCITO)							2		2 ✔	2		2	
	Traumatismes (RNT — fichier minimal)													
	Remplacements articulaires (RCRA)													
Produits pharmaceutiques	Utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)					✔								
	Déclaration des accidents et incidents (SNDAI)			✔		✔			✔					✔
Ressources humaines de la santé	Médecins (BDNM)													
	Infirmières réglementées (4) (BDI)													
	Personnel de la santé (BDPS)													
	Ergothérapeutes (BDE)													
	Pharmaciens et pharmaciennes (BDPP)													
	Physiothérapeutes (BDPT)								✔					
	Technologues en radiation (BDTRM)													
	Technologistes de laboratoire médical (BDTLM)													
Dépenses de santé	Dépenses nationales de santé (BDDNS)													
	Secteur hospitalier (BDCS)						3							

Légende

✔ Indique une progression des mesures de collecte de données par rapport à l'exercice précédent.

- Collecte de données complète
- Collecte de données partielle
- En cours de mise au point
- Fait actuellement l'objet de discussions
- Pas mise en œuvre
- Sans objet

Remarques

(1) Le Québec soumet des données à la BDMH.

(2) Dialyse rénale — pleinement mise en œuvre; transplantation d'organes — s. o.

(3) Le Québec soumet des données selon une norme différente. Des travaux sont en cours pour inclure les données du Québec dans les prochains rapports sur les indicateurs.

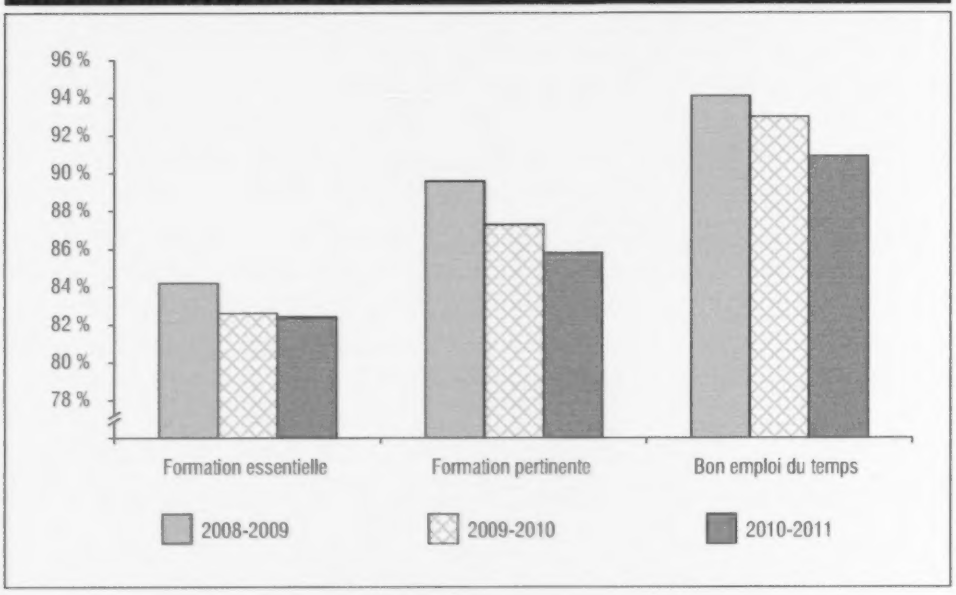
(4) Comprend les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées.

Relations externes

Notre personnel a offert des présentations aux événements et pour les organismes ou intervenants suivants :

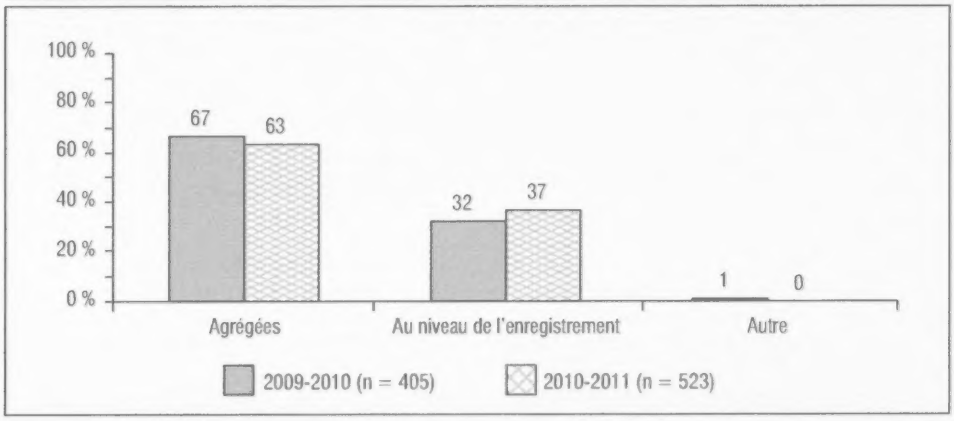
- Groupe de réflexion sur la cybersanté
- directeurs généraux des soins de santé de l'Ouest
- Conférence nationale sur le leadership dans les soins de santé
- Manitoba Centre for Health Policy
- Association québécoise des archivistes médicales
- eHealth 2010
- Health Care Leaders Association of British Columbia
- Health Achieve 2010 de l'Association des hôpitaux de l'Ontario
- Soins de santé 2011 de l'Institut de recherche en services de santé
- Neuvième symposium annuel de Cochrane Canada (2011)
- Forum des PDG 2011
- Modèles de financement pour favoriser la qualité et la durabilité : un dialogue pancanadien
- séminaire sur le rendement du système de santé
- Comité des affaires cliniques et scientifiques de l'Association dentaire canadienne
- colloque Partnership in Productivity
- Conférence sur les politiques scientifiques canadiennes 2010
- Colloque ontarien sur la recherche en éducation, édition 2010

Évaluation des séances de formation

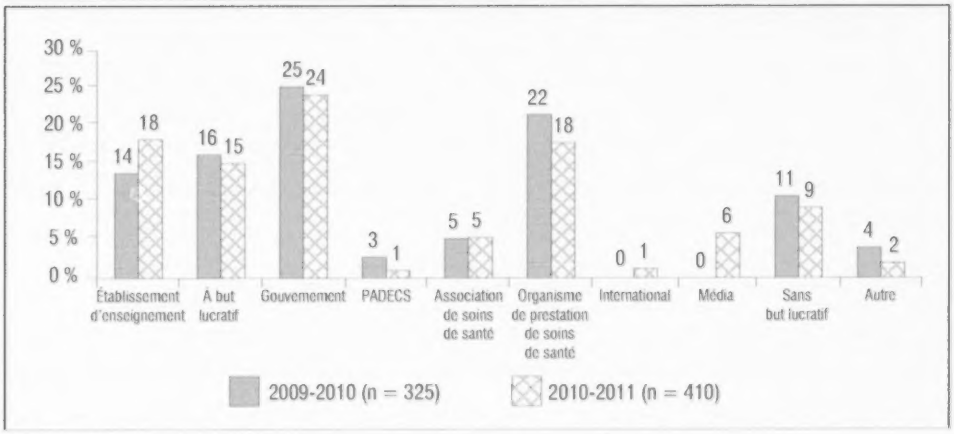


Demandes des données

Nature des données demandées, par exercice financier

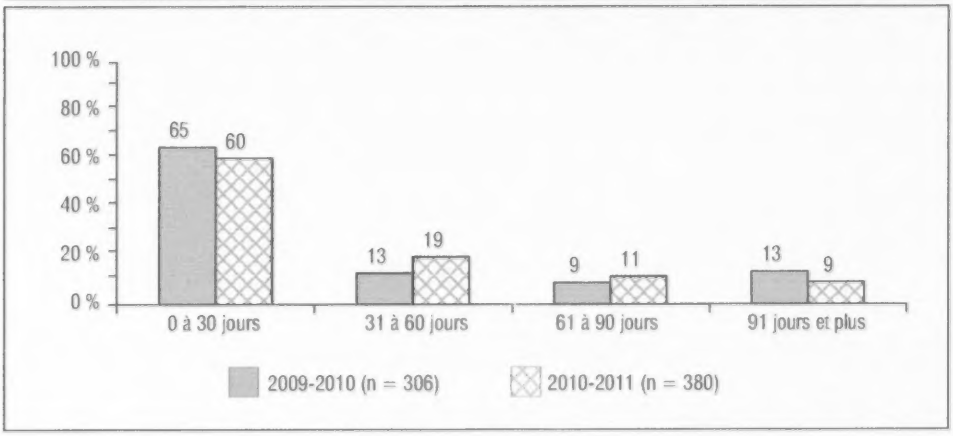


Type d'organisme demandeur, par exercice financier



Remarque
PADECS : Programme d'accès des données aux étudiants des cycles supérieurs.

Demandes traitées selon le délai de réponse



Couverture médiatique

Exercice financier	Mentions dans les journaux	Mentions à la radio ou à la télévision	Mentions sur le Web	Nombre total de mentions	Circulation totale (en millions)	Nombre total de mentions sollicitées seulement
2008-2009	882	364	951	2 197	210,2	1 308
2009-2010	941	520	1 493	2 954	502,1	2 052
2010-2011	506	776	1 230	2 512	228,0	2 057

Confidentialité et sécurité des données

Peu importe le projet sur lequel nous travaillons, nous sommes déterminés à protéger la vie privée des Canadiens et à assurer la sécurité de leurs renseignements personnels sur la santé. Nous nous voyons confier des données de nature délicate; c'est là une responsabilité que nous prenons au sérieux.

En vue de protéger nos données, nous nous sommes dotés d'un programme complet de respect de la vie privée et de sécurité, lequel est régi par un cadre global fondé sur les pratiques exemplaires de gestion du respect de la vie privée et de la sécurité de l'information qui prévalent dans les secteurs public, privé et de la santé. Il comprend un solide ensemble de politiques, de procédures et de protocoles en matière de respect de la vie privée et de sécurité de l'information.

L'ICIS est une entité prescrite en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* de l'Ontario. Ce statut confère aux dépositaires de l'information sur la santé de l'Ontario, comme le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les hôpitaux et les médecins, le droit de nous divulguer des renseignements personnels sur la santé sans l'autorisation des patients, aux fins d'analyse ou de compilation de données statistiques pour la planification et la gestion du système de santé. Cette désignation, ainsi que les obligations strictes qui en découlent, garantit à nos partenaires de partout au pays que nos politiques en matière de respect de la vie privée et de sécurité respectent les normes les plus rigoureuses qui soient en matière de protection des renseignements de nature délicate. Le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario examine nos pratiques et procédures tous les trois ans. En ce moment, nous sommes à élaborer la soumission en vue du renouvellement de notre statut d'entité prescrite en octobre 2011.

En outre, nous effectuons régulièrement des vérifications à l'intérieur et à l'extérieur de l'ICIS dans le but de vérifier l'observation des exigences législatives et réglementaires, des politiques internes, et de toute autre

obligation contractuelle relative au respect de la vie privée et à la sécurité. L'année dernière, nous avons mis en œuvre des changements visant à renforcer notre programme de vérification du respect de la vie privée et à accroître la responsabilisation des organismes recevant des données dépersonnalisées en vertu de notre processus de demande de données par les tiers.

Notre organisme

Sans son personnel talentueux et dévoué, l'ICIS ne serait pas ce qu'il est. Les réalisations décrites en ces pages sont le fruit de leurs efforts. Au cours de la dernière année, nous avons créé et instauré des stratégies de recrutement, de formation et de maintien en poste du personnel qualifié. Nous figurons en outre dans le classement des 25 meilleurs employeurs sur les campus canadiens publié par le magazine *Maclean's*.

Évaluation indépendante et vérification du rendement

L'année dernière, KPMG a mené une évaluation indépendante et une vérification du rendement de l'Initiative de l'information sur la santé, conformément à notre entente de financement avec Santé Canada. Les résultats ont été très favorables. De façon générale, l'évaluation a révélé que les objectifs de l'initiative ont été atteints et que nous avions rempli notre mandat avec succès, tout en jouant un rôle de plus en plus crucial dans la coordination et la diffusion de produits d'information fiables et de grande qualité à l'intention des décideurs, des gouvernements, des hôpitaux, des régions, des chercheurs ainsi que des Canadiens d'un océan à l'autre.

La vérification du rendement a montré que nous avions conçu et mis en œuvre des pratiques et des processus efficients et économiques. Elle a conclu que nous arrivions à remplir les objectifs de l'initiative et à obtenir les résultats attendus. Un certain nombre de pratiques positives ont également été soulignées, notamment notre programme de protection de la vie privée, la gestion de la qualité des données, la sécurité de l'information, la participation des intervenants, les améliorations apportées aux processus et les communications.

Les rapports ont par ailleurs fait ressortir des points à améliorer, dont nous nous occupons déjà.

Parmi les recommandations figurait l'élaboration d'un cadre global de gestion des intervenants parallèlement à notre stratégie clients. Dans cette optique, nous travaillons volontiers à l'intégration à notre stratégie clients (en cours d'élaboration) d'une approche plus stratégique d'engagement des intervenants. Sa mise en œuvre devrait avoir lieu d'ici janvier 2012.

Il a également été recommandé que nous révisions notre cadre d'évaluation du rendement pour y inclure un nombre accru de mesures fondées sur les résultats et prioriser les mesures de rendement essentielles au moyen d'une méthode de tableau de bord. Il est à noter qu'avant de recevoir le rapport d'évaluation, notre équipe de direction avait déjà convenu d'entreprendre un examen du cadre d'évaluation du rendement et des indicateurs. Nous voulons créer un cadre ciblé qui reflète nos objectifs futurs ainsi qu'un ensemble de base d'indicateurs et de mesures des résultats. Selon les plans établis, ces projets seront présentés au Conseil d'administration en novembre 2011.

Jim Hornell, président-directeur général, BCHS

Kathy Stauffer, présidente du Conseil d'administration, BCHS

Les données contribuent à la promotion d'une culture de la sécurité

Bien que d'autres établissements du sud de l'Ontario aient dû lutter contre d'importantes épidémies infectieuses, l'Hôpital général de Brantford a réussi à les éviter jusqu'à maintenant.

« Il semble que notre établissement soit un îlot de propreté », affirme Jim Hornell, président-directeur général du système des soins de santé de la collectivité de Brant (BCHS). « Ce n'est pas seulement un coup du hasard. C'est parce que nous avons investi dans le lavage des mains. »

La sécurité des patients fait partie des priorités du BCHS depuis 2007. Mais la volonté de changer remonte à 2003, année où l'épidémie de SRAS a tué 44 personnes en Ontario.

« Le SRAS a tout fait basculer », déclare Kathy Stauffer, présidente du Conseil d'administration du BCHS. « Nous étions en mode réactif. Mais quand des vies humaines sont en jeu, il faut être proactif. On ne veut pas que les gens qui se présentent à l'hôpital tombent malades. C'est un endroit où on est censé se rétablir. »

Sous la direction de Lynn Vogt, responsable de la gestion des risques, de la qualité, de la sécurité et des relations avec les patients, l'hôpital de Brantford a conçu un vaste plan triennal pour éliminer le risque d'infections à l'hôpital. D'importants investissements ont été consentis au lavage des mains, et on a favorisé une culture qui évite de culpabiliser les responsables d'événements indésirables, dont la déclaration a fait un bond de 540 %.

L'hôpital a commencé à accorder une attention particulière à son ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) afin de faire le suivi de ses efforts en matière de sécurité des patients. Élaboré par l'ICIS pour le Canada, ce ratio permet aux hôpitaux d'évaluer les taux de mortalité et de repérer des pistes d'amélioration.

Outre l'embauche de deux spécialistes des maladies infectieuses, l'hôpital a formé une équipe de soutien décisionnel pour explorer les données, effectuer des recherches sur les tendances et aider les équipes à repérer les bonnes pratiques et les points où des changements s'imposaient. Pour s'attaquer aux erreurs de médicaments, l'hôpital a mis en œuvre un plan de bilan comparatif des médicaments ainsi que le premier système informatisé de vérification des médicaments de chevet au Canada. Il a également ouvert un tout nouveau laboratoire entièrement automatisé, le premier au Canada. Tout au long du processus, le RNMH figurait en évidence sur une carte de pointage présentant des indicateurs de qualité et de sécurité. M^me^ Vogt affirme que c'est leur point de référence.

« C'est un indicateur d'envergure qui montre à quel point votre hôpital est sécuritaire. On veut évidemment connaître son rendement global en matière de sécurité et se comparer aux autres. »

Les efforts de l'hôpital de Brantford portent leurs fruits. En trois ans seulement, son ratio de mortalité a diminué de plus de 40 %, ce qui représente une baisse quatre fois plus importante que celle de la moyenne canadienne dans les établissements de soins de courte durée. En 2010, il affichait un RNMH parmi les plus bas au Canada.

« Les chiffres ne mentent pas », déclare M^me^ Stauffer. « Si vous ne pouvez pas mesurer ni suivre vos résultats, vous ne pouvez pas les gérer. Les données servent de moteur à ces initiatives. Notre succès en dépend. »

Perspectives

Perspectives

Le prochain exercice représente un tournant décisif pour nous, car il marque la dernière année de notre plan stratégique de quatre ans et de notre entente de financement quinquennale conclue avec Santé Canada. Nous avons travaillé d'arrache-pied pour mettre au point une approche et un plan d'action visant à renouveler notre structure stratégique et financière à long terme. Nous continuons de discuter avec nos clients et les intervenants clés au sujet de leurs priorités essentielles en matière d'information sur la santé et de l'aide que nous pouvons leur apporter. De plus, nous prenons en compte les sondages menés auprès des clients, l'évaluation et la vérification indépendantes de notre rendement ainsi que les consultations avec les intervenants cibles qui nous aident à tracer notre avenir.

L'année qui vient sera faite d'une combinaison d'activités nouvelles et existantes. Ces activités témoignent de notre volonté constante d'accroître la portée et l'exhaustivité de nos données sur les soins de santé, de produire des analyses pertinentes, actuelles et exploitables pour nos clients, et d'améliorer la compréhension et l'utilisation de nos données et de nos méthodes au Canada au moyen d'une série d'outils et de stratégies. Parmi les initiatives clés approuvées par le Conseil d'administration, mentionnons :

Des données plus nombreuses et de meilleure qualité

- Accroître l'adoption par les provinces et les territoires de certains systèmes d'information, en insistant particulièrement sur les services à domicile et les soins de longue durée, les produits pharmaceutiques, les incidents médicamenteux et les visites aux services d'urgence.
- Élaborer et mettre en œuvre un programme d'information sur les soins de santé primaires.
- S'efforcer de combler les lacunes au chapitre de l'information sur la santé des Autochtones et la santé mentale en milieu communautaire.
- Collaborer avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec Inforoute Santé du Canada pour favoriser l'utilisation des données pour les besoins du système de santé et faire avancer le programme pancanadien sur les DSE et les DME.

Des analyses plus pertinentes et exploitables

- Publier les résultats du Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens et continuer à l'améliorer.
- Mettre en œuvre un plan d'analyse pluriannuel et publier des rapports et des études spéciales axés sur l'accès aux soins, les résultats pour les patients, la continuité des soins, le cancer, les facteurs d'accroissement des coûts, la productivité et les personnes âgées.
- Terminer la mise en œuvre du Plan d'action de l'Initiative sur la santé de la population canadienne.

Compréhension et utilisation

- Continuer de favoriser l'adoption et l'utilisation du Portail de l'ICIS ainsi qu'améliorer et accroître l'accès des clients aux rapports électroniques.
- Apporter des améliorations supplémentaires à notre nouveau site Web fraîchement remanié.
- Mettre en œuvre la nouvelle stratégie clients.
- Solliciter le renouvellement de notre statut d'entité prescrite aux termes de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario* et mettre en œuvre les recommandations de suivi du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario.

Une solide infrastructure organisationnelle est nécessaire pour appuyer les initiatives prioritaires liées à nos trois thèmes stratégiques. Voilà pourquoi nous continuerons de nous concentrer sur l'amélioration de nos processus, de nos systèmes de technologies de l'information et de nos outils électroniques.

Il s'ensuit que nous terminerons également l'élaboration de notre nouveau plan stratégique (au-delà de 2011-2012) et que nous renouvellerons nos ententes de financement avec Santé Canada et les ministères provinciaux et territoriaux en appui à nos nouvelles orientations stratégiques.

Analyse de la direction

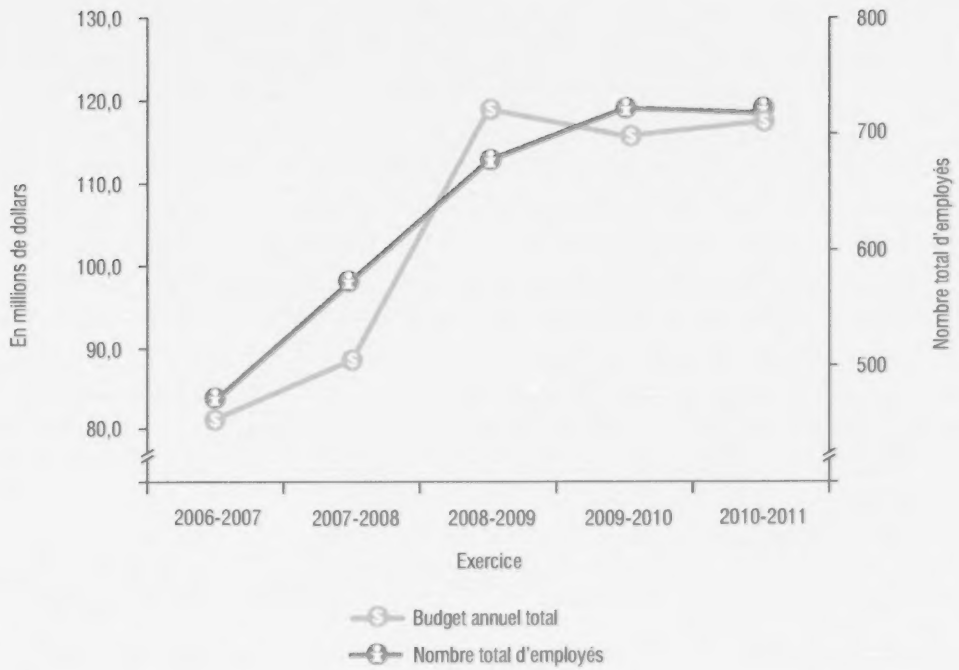
Analyse de la direction

La section qui suit donne un aperçu de nos activités et une explication de nos états financiers; elle devrait être lue conjointement avec les états financiers présentés dans le présent rapport annuel. Conformément aux principes comptables généralement reconnus au Canada, la préparation des états financiers de même que l'intégrité et l'objectivité des données qu'ils contiennent relèvent de la direction. À cette fin, nous concevons et maintenons des systèmes de contrôles internes pour avoir l'assurance raisonnable que l'information financière est fiable et accessible en temps opportun, que les actifs sont protégés et que les activités sont exécutées efficacement.

Le Conseil d'administration doit s'assurer que la direction s'acquitte de ses obligations en matière de communication de l'information financière et de contrôles internes; il assume cette fonction par l'entremise du Comité des finances et de la vérification (CFV), formé de directeurs qui ne sont pas employés par l'organisme. Les vérificateurs externes, Ernst & Young, s.r.l./ S.E.N.C.R.L., effectuent une vérification indépendante conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada et expriment une opinion sur les états financiers. Les vérificateurs externes rencontrent régulièrement la direction et le CFV. Ils ont un accès complet et libre au CFV, en présence de la direction ou non. Le CFV examine les états financiers et les recommande aux fins d'approbation par le Conseil d'administration. Pour 2010-2011 et les années antérieures, les vérificateurs externes ont émis des opinions sans réserve.

Au cours des dernières années, notre organisme est progressivement passé d'un contexte de croissance rapide et marquée à un climat de stabilité et de consolidation. Notre budget annuel total, qui couvre les besoins en ressources de fonctionnement et en biens d'infrastructure ainsi que le financement de nos régimes de retraite, est légèrement supérieur à 115 millions de dollars. Nous comptons maintenant près de 750 employés et 27 banques de données.

Budget annuel total, nombre total d'employés et nombre total de banque de données



Nous gérons les programmes en cours et les nouvelles initiatives en vertu des modalités de nos ententes avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, qui génèrent la majorité de notre revenu annuel total.

Sources de revenus annuels (en millions de dollars)	2011-2012	2010-2011		2009-2010	2008-2009	2007-2008
	Prévu	Réel	Prévu	Réel	Réel	Réel
Gouvernement fédéral	97,0	98,5	97,0	92,3	104,5	66,2
Gouvernements provinciaux et territoriaux	18,9	18,4	17,7	17,3	16,8	16,6
Autres	2,2	2,1	2,1	1,8	2,9	3,7
Sources de revenus annuels totales	118,1	119,0	116,8	111,4	124,2	86,5

Les contributions relatives aux revenus des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que des autres sources sont restées plutôt stables au cours des dernières années (en 2010-2011, les proportions se chiffraient à 83, 15 et 2 % respectivement). Depuis 1999, dans le cadre des accords de contribution et de subvention de l'Initiative du Carnet de route ou de l'Initiative de l'information sur la santé, Santé Canada a grandement contribué au financement de l'élaboration d'une vaste infrastructure nationale d'information sur la santé afin de fournir aux Canadiens l'information dont ils ont besoin pour améliorer et gérer le système de santé canadien et la santé de la population. De plus, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ont financé notre Plan de base en vertu d'ententes bilatérales.

Résultats expliqués par la direction

Dépenses d'exploitation

Dépenses d'exploitation (en millions de dollars)	2011-2012	2010-2011		2009-2010	2008-2009	2007-2008
	Prévu	Réel	Prévu	Réel	Réel	Réel
Salaires et avantages sociaux	73,9	71,9	71,1	64,4	61,2	50,4
Services professionnels, frais de déplacement et comités consultatifs	15,0	17,4	18,9	20,3	30,4	21,7
Occupation, technologies de l'information et autres	18,4	17,8	18,8	17,6	17,5	11,4
Dépenses d'exploitation totales	107,3	107,1	108,8	102,3	109,1	83,5

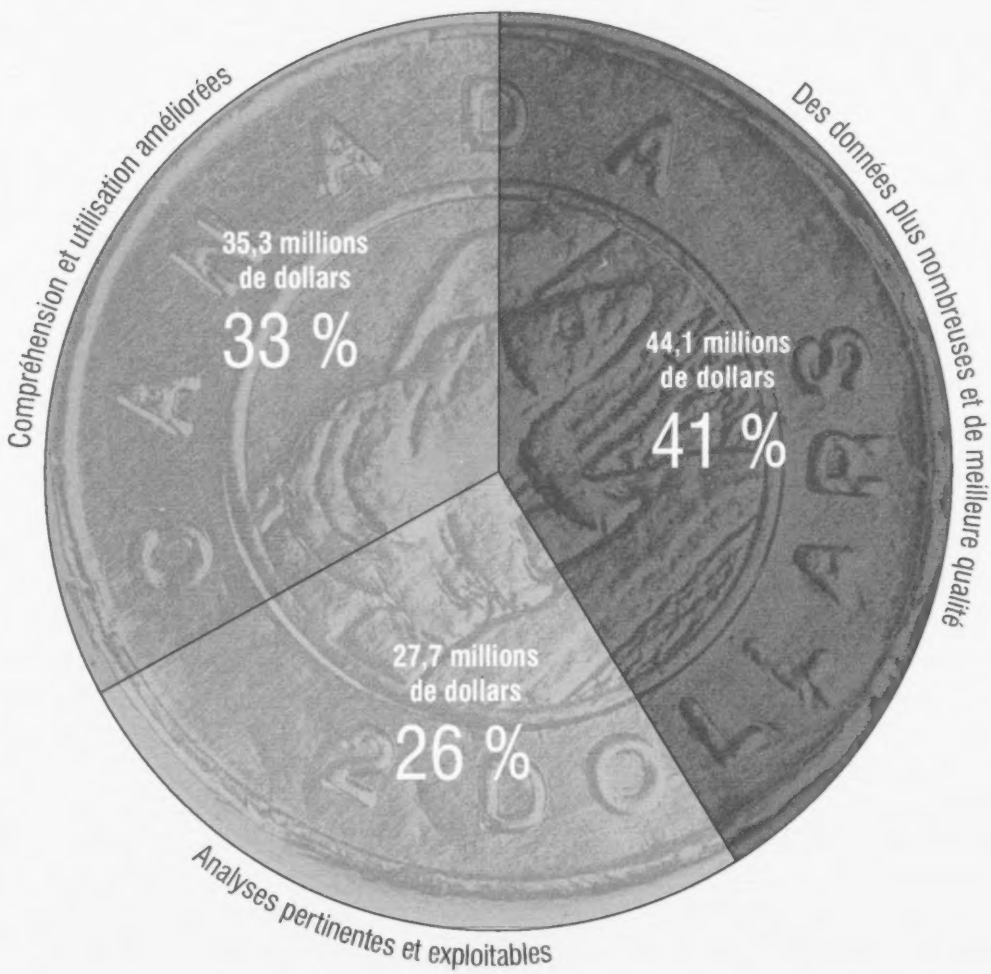
Nos dépenses d'exploitation totales ont atteint 107,1 millions de dollars en 2010-2011, soit une augmentation de 4,8 millions par rapport à 2009-2010. Cette différence est largement attribuable à l'augmentation des coûts associés aux salaires et aux avantages sociaux découlant de l'embauche de ressources supplémentaires pour appuyer notre programme de travail, ainsi qu'à la hausse des coûts des prestations de retraite. La rémunération totale, y compris les honoraires ou autres avantages octroyés à nos membres de la haute direction mentionnés dans ce rapport annuel qui ont pris part de façon soutenue à la réalisation des orientations stratégiques, se chiffrait à 4,9 millions de dollars en 2010-2011.

L'écart de 1,7 million de dollars dans les dépenses totales par rapport aux activités prévues en 2010-2011 s'explique surtout par les économies réalisées au chapitre des dépenses autres que les salaires et avantages sociaux, ainsi que par un effort collectif pour améliorer la gestion de nos ressources et une redistribution des ressources en vue de réduire les déficits actuariels de notre régime de retraite.

Les résultats des années précédentes ont reflété la croissance de notre organisme. Les dépenses pour les services professionnels, les frais de déplacement et les comités consultatifs visaient plusieurs activités ponctuelles liées au recours à une expertise externe pendant la période de croissance, des contributions précises à des études de recherche sur la santé de la population et à des projets spéciaux, ainsi que l'Enquête canadienne sur les mesures de santé réalisée par Statistique Canada.

Tout comme en 2008-2009 et 2009-2010, nos investissements dans les trois orientations stratégiques — *des données plus nombreuses et de meilleure qualité*, *analyses pertinentes et exploitables* et *compréhension et utilisation améliorées* — sont restés relativement stables en proportion des dépenses d'exploitation totales réelles et planifiées.

Dépenses d'exploitation réelles selon l'orientation stratégique, 2010-2011



Total : 107,1 millions de dollars; 100 %

Dépenses en immobilisations

Dépenses en immobilisations (en millions de dollars)	2011-2012	2010-2011		2009-2010	2008-2009	2007-2008
	Prévu	Réel	Prévu	Réel	Réel	Réel
Mobilier et matériel	0,1	0,2	0,2	0,1	2,1	0,4
Ordinateurs et équipement de télécommunication	2,3	1,5	2,5	3,0	6,2	3,0
Améliorations locatives		0,3	0,1	0,2	7,3	0,2
Dépenses en immobilisations totales	2,4	2,0	2,8	3,3	15,6	3,6

Les acquisitions d'immobilisations se sont élevées à 2,0 millions de dollars en 2010-2011, ce qui représente une baisse de 1,3 million par rapport à 2009-2010. Cette différence s'explique surtout par une réduction des achats de matériel informatique, de logiciels et d'équipements de télécommunications.

L'écart de 0,8 million par rapport aux activités prévues en 2010-2011 découle de la révision et de la réduction du plan de travail dans le secteur de l'infrastructure technologique et de l'information.

Les résultats des années précédentes comprenaient le renouvellement de notre infrastructure technologique ainsi que des investissements ponctuels pour le déménagement de notre bureau de Toronto et l'agrandissement des bureaux d'Ottawa et de Montréal, l'acquisition d'un nouveau système téléphonique ainsi que de nouveaux appareils et logiciels de gestion du site Web et de gestion opérationnelle.

Régimes de retraite

Nous offrons un régime contributif à prestations déterminées qui prévoit pour nos employés un revenu de retraite annuel établi selon la durée du service et le salaire moyen en fin de carrière. Les cotisations, qui sont déterminées par des calculs actuariels, dépendent des caractéristiques démographiques des employés, du roulement, de la mortalité, des rendements du capital investi et d'autres hypothèses actuarielles. Les cotisations de l'ICIS et des employés sont investies dans une caisse en gestion commune et sont gérées de façon professionnelle conformément à l'énoncé des politiques et des procédures de placement.

Le régime fait l'objet de deux évaluations : l'une à des fins comptables (voir la note n° 8 des états financiers), l'autre à des fins de capitalisation, qui est utilisée aux fins de réglementation et de gestion du régime. Ces évaluations à des fins comptables et de capitalisation sont effectuées à différents moments à l'aide d'hypothèses distinctes. Selon les principes comptables prescrits

par l'Institut canadien des comptables agréés, le régime affichait un surplus de 9,9 millions de dollars au 31 mars 2011, contre 3,8 millions en 2009-2010. Selon l'évaluation actuarielle à des fins de capitalisation, le régime accusait un déficit de 4,7 millions de dollars le 1er janvier 2010, alors que le déficit était de 2,1 millions le 1er janvier 2009.

La tourmente économique des dernières années a eu des conséquences considérables sur l'évaluation actuarielle à des fins de capitalisation du régime. La direction et le CFV continuent de surveiller le contexte économique et prennent les mesures nécessaires pour remédier à l'obligation non capitalisée. Particulièrement, en 2010-2011, nous avons apporté des changements à notre équipe de gestionnaires de placements et aux politiques de placement. Nous avons également cotisé 2,25 millions de dollars de plus que le minimum prescrit par les exigences réglementaires afin de réduire les déficits actuariels. Une nouvelle évaluation actuarielle au 1er janvier 2011 ainsi qu'une révision de la structure du régime sont en cours.

Outre le régime à prestations déterminées contributif, nous complétons les prestations des employés qui participent au régime et qui sont assujettis à la pension maximale, comme elle est définie dans la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Le régime complémentaire n'est pas capitalisé au préalable et nous effectuons les paiements de prestations à mesure qu'ils deviennent exigibles. Ces prestations sont constituées et incluses dans nos états financiers conformément aux règles comptables applicables.

Programme de vérification interne

Notre programme de vérification interne assure une évaluation interne indépendante et objective afin d'ajouter de la valeur à nos activités et de les améliorer. Il nous aide à atteindre nos objectifs en appliquant une approche systématique et disciplinée qui évalue et améliore l'efficacité des processus de gestion des risques, de contrôle et de gouvernance. Notre programme de vérification interne comprend l'évaluation de la conformité aux politiques administratives, aux procédures et aux règlements gouvernementaux, l'évaluation de l'efficacité générale des contrôles et des processus actuellement en place, ainsi que l'examen des possibilités d'amélioration et de gains en efficacité.

Les activités de vérification interne, dont la portée varie, évoluent au fil du temps afin de cibler les secteurs les plus à risque pour l'organisme. En 2010-2011, les activités ont compris un test d'intrusion et une évaluation de la vulnérabilité du matériel et des systèmes de technologie de l'information, en plus de la vérification et de l'évaluation du rendement demandées par Santé Canada (tel que discuté antérieurement). Nous avons dressé des plans d'action ciblés afin d'aborder les aspects qui, selon les conseillers dont nous

avons retenu les services à cette fin, doivent être améliorés. Les projets de vérification interne à venir toucheront la gestion des risques, la sécurité de l'information ainsi que le respect de la vie privée et la confidentialité.

Gestion des risques

À l'ICIS, nous ne craignons pas de prendre des risques. Nous voulons toutefois nous assurer que les risques sont raisonnables, que nous sommes en mesure de les assumer et qu'ils correspondent à notre degré de tolérance. Notre approche consiste à demeurer proactifs et à atténuer les risques dans la mesure du possible. Le programme de gestion des risques de l'ICIS garantit l'excellence en matière de gestion, le renforcement de notre responsabilité et un rendement futur accru. Il contribue aux activités de planification et d'établissement des priorités, à l'affectation des ressources et à la prise de décisions. Nous axons nos efforts sur des risques touchant l'ensemble de notre organisme, liés à nos orientations stratégiques, susceptibles de subsister au cours des trois à cinq prochaines années et que nos gestionnaires peuvent gérer.

Notre Cadre de gestion des risques consiste en un cycle de quatre étapes visant la réalisation des orientations stratégiques de l'ICIS :

Activités de gestion des risques

Cette année, notre haute direction a évalué plusieurs des principaux risques pouvant faire obstacle à l'atteinte de nos objectifs stratégiques en se fondant sur la probabilité qu'ils surviennent et leurs répercussions possibles. Trois d'entre eux ont été décrits comme des risques organisationnels, étant donnée la probabilité élevée de risques résiduels, une fois les stratégies d'atténuation existantes envisagées.

Dossier de santé électronique et dossier médical électronique

La mise en œuvre du DSE et du DME à l'échelle du pays, pour ce qui est des activités de collecte de données pour les analyses du système de santé, représente pour nous aussi bien une occasion à saisir qu'un risque potentiel. Nous avons continué à jouer notre rôle de chef de file en travaillant de concert avec Inforoute Santé du Canda, les provinces et les territoires pour tenir compte de l'ensemble des occasions et des risques que présentent les nouveaux systèmes de DES et de DME pour toutes les utilisations des données, y compris l'analyse du système de santé.

Ces efforts, entérinés par la Conférence des sous-ministres de la Santé, ont mené à l'élaboration d'une stratégie de communication et d'engagement, d'une vision à long terme des avantages de l'utilisation de l'information sur la santé pour les besoins du système de santé au Canada, de normes pancanadiennes telles les normes relatives au contenu lié aux soins de santé primaires et d'autres documents connexes dans divers domaines politiques.

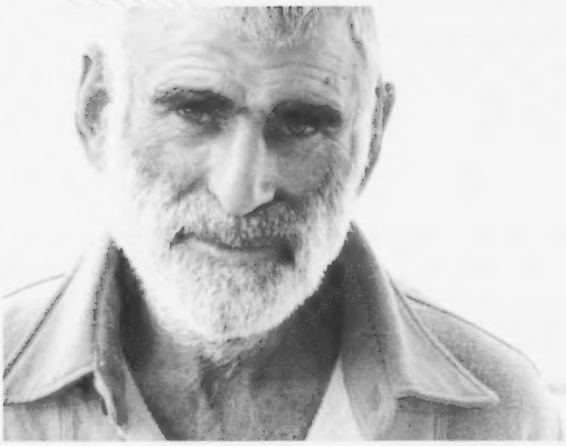
Circulation des données et lacunes, y compris les bases de données concurrentielles

Il y a toujours un risque que la valeur de nos produits ou l'intérêt qu'ils suscitent diminuent en raison des lacunes au chapitre de l'information attribuables à un manque de participation aux bases de données pancanadiennes. Or, en travaillant étroitement avec nos intervenants, nous avons réussi à accroître l'utilisation du Système d'information sur les services à domicile, du système de déclaration volontaire des soins de santé primaires, du Système d'information sur les soins de longue durée, du Système national de déclaration des accidents et incidents, du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) et des rapports électroniques. Avec le lancement des nouvelles données du SNIR, l'utilisation du Portail de l'ICIS a connu une hausse marquée cette année. Nous sommes aussi parvenus à augmenter la soumission des données sur les demandes de remboursement dans le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits et à obtenir un meilleur accès aux données sur la facturation des médecins à l'échelle des patients. Nous avons

également conclu un partenariat avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour appuyer le déploiement et l'utilisation efficaces du modèle d'allocation fondé sur la santé (MAS).

Niveaux de financement stables

Nous recevons des fonds de plusieurs sources, la plus grande partie provenant de Santé Canada. Or le climat économique actuel et les priorités fiscales conflictuelles auxquelles font face les gouvernements compromettent la stabilité de notre financement. Au cours de la dernière année, nous avons activement fait la promotion de notre rôle et de notre apport auprès du système de santé. De solides relations de collaboration se sont tissées entre notre PDG et les hauts fonctionnaires de nos partenaires fondateurs. Nous renouvellerons les ententes de financement avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et nous avons entamé les discussions avec Santé Canada pour le renouvellement d'une entente de financement à long terme en vigueur à compter d'avril 2012. Nous avons également obtenu des ressources pour de nouvelles initiatives, y compris le MAS pour l'Ontario et le Système canadien de surveillance de la sclérose en plaques.



États financiers vérifiés

Rapport des auditeurs indépendants

Aux membres du Conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui comprennent le bilan au 31 mars 2011, et les états des revenus et dépenses, de l'évolution de l'actif net et des flux de trésorerie de l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité des auditeurs

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement des auditeurs, et notamment de leur évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, les auditeurs prennent en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus dans le cadre de notre audit sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'ICIS au 31 mars 2011 ainsi que de ses résultats d'exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada.

Ottawa, Canada
3 juin 2011

Ernst & Young s.r.l./S.E.N.

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés

Bilan

Au 31 mars

	2011 $	2010 $
Actifs		
À court terme :		
Trésorerie et équivalents de trésorerie *(note 3)*	**9 415 915**	18 924 509
Débiteurs *(note 4)*	**3 273 336**	1 515 540
Charges payées d'avance	**2 289 373**	2 197 725
	14 978 624	22 637 774
Placements — Carnet de route *(note 5)*	**9 778 466**	15 475 008
Immobilisations *(note 6)*	**17 610 241**	20 500 547
Autres actifs *(note 7)*	**478 889**	401 187
Actif au titre de prestations de retraite constituées *(note 8)*	**9 863 900**	3 846 500
	52 710 120	62 861 016
Passif		
À court terme :		
Créditeurs et charges à payer *(note 10)*	**5 616 554**	10 818 763
Revenus reportés	**5 500 567**	5 910 541
	11 117 121	16 729 304
Passif au titre de prestations de retraite constituées *(note 8)*	**556 600**	498 700
Apports reportés *(note 11)*		
Charges d'exercices futurs	**18 808 292**	20 393 230
Immobilisations	**14 507 704**	17 174 550
Avantages incitatifs relatifs aux baux *(note 12)*	**2 651 433**	3 120 262
	47 641 150	57 916 046
Engagements *(note 16)*		
Actif net		
Investi en immobilisations	**2 115 955**	2 115 133
Non affecté	**2 953 015**	2 829 837
	5 068 970	4 944 970
	52 710 120	62 861 016

Voir les notes afférentes aux états financiers.

Au nom du Conseil d'administration

Administrateur

Administrateur

États des revenus et des dépenses

Exercice terminé le 31 mars

	2011 $	2010 $
Revenus		
Plan de base *(note 13)*	**16 368 700**	15 891 245
Ventes	**1 769 190**	1 628 308
Financement — autre *(note 14)*	**2 873 562**	3 375 388
Initiative de l'information sur la santé/Carnet de route	**86 075 097**	81 399 875
Autres revenus	**160 052**	177 824
	107 246 601	102 472 640
Dépenses		
Rémunération	**71 939 221**	64 406 138
Services externes et professionnels	**13 229 836**	15 543 288
Déplacements et comités consultatifs	**4 194 783**	4 717 000
Fournitures et services de bureau	**1 448 429**	1 600 780
Ordinateurs et télécommunications	**7 338 178**	7 206 292
Frais d'occupation	**8 972 154**	8 793 142
	107 122 601	102 266 640
Excédent des revenus sur les dépenses	**124 000**	206 000

Voir les notes afférentes aux états financiers.

État de l'évolution de l'actif net

Exercice terminé le 31 mars

	Investi en immobilisations	Non affecté	2011	2010
	$	$	$	$
Solde, au début de l'exercice	**2 115 133**	**2 829 837**	**4 944 970**	4 738 970
Excédent (insuffisance) des revenus sur les dépenses	**(693 982)**	**817 982**	**124 000**	206 000
Investissement net en immobilisations	**694 804**	**(694 804)**	**—**	—
Solde, à la fin de l'exercice	**2 115 955**	**2 953 015**	**5 068 970**	4 944 970

Voir les notes afférentes aux états financiers.

État des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars

	2011 $	2010 $
Activités d'exploitation		
Excédent des revenus sur les dépenses	**124 000**	206 000
Éléments sans incidence sur la trésorerie :		
Amortissement des immobilisations	**4 660 147**	4 693 028
Amortissement des avantages incitatifs relatifs aux baux	**(468 829)**	(479 910)
Prestations de retraite	**(5 959 500)**	(5 815 300)
Amortissement des apports reportés — immobilisations	**(3 927 471)**	(3 860 979)
Perte à la cession d'immobilisations	**185 588**	66 792
	(5 386 065)	(5 190 369)
Variation des éléments hors caisse du fonds de roulement *(note 15)*	**(7 461 627)**	4 640 620
Variation nette des autres actifs	**(77 702)**	(96 691)
Variation nette des apports reportés	**(324 313)**	1 692 740
Flux de trésorerie liés aux activités d'exploitation	**(13 249 707)**	1 046 300
Activités d'investissement		
Acquisition d'immobilisations	**(1 960 186)**	(3 301 037)
Produit à la cession d'immobilisations	**4 757**	8 280
Acquisition de placements — Carnet de route	**(23 940 090)**	(62 850)
Produit à la cession de placements — Carnet de route	**29 636 632**	9 063 554
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement	**3 741 113**	5 707 947
Augmentation nette des rentrées (sorties) de fonds	**(9 508 594)**	6 754 247
Trésorerie et équivalents de trésorerie, au début de l'exercice	**18 924 509**	12 170 262
Trésorerie et équivalents de trésorerie, à la fin de l'exercice	**9 415 915**	18 924 509
Composée de :		
Encaisse	**1 915 915**	2 924 509
Placements à court terme	**7 500 000**	16 000 000
	9 415 915	18 924 509
Information supplémentaire		
Intérêt reçu	**191 120**	112 763
Intérêt payé	**—**	—

Voir les notes afférentes aux états financiers.

Notes afférentes aux états financiers

Le 31 mars 2011

1. Organisme

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme national sans but lucratif, constitué en vertu de la Partie II de la *Loi sur les corporations canadiennes*.

L'ICIS est un organisme national qui a pour vocation de coordonner le développement et l'entretien d'un système commun d'information sur la santé au Canada. L'ICIS est aussi chargé de fournir en temps opportun l'information appropriée et nécessaire pour établir des politiques de santé avisées; de gérer avec efficacité le système de santé canadien; et de sensibiliser le public aux facteurs qui influent sur la santé.

L'ICIS n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

2. Méthodes comptables

Ces états financiers ont été dressés selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Les principales méthodes comptables sont les suivantes :

Comptabilisation des revenus

L'ICIS applique la méthode du report.

Les apports de financement sont comptabilisés en tant que revenus au cours du même exercice où les dépenses connexes sont engagées. Les montants approuvés mais non reçus à la fin de l'exercice sont comptabilisés en tant que débiteurs. Les apports excédentaires qui nécessitent un remboursement conformément à l'entente sont comptabilisés comme charges à payer.

Les apports fournis à une fin particulière et ceux faisant l'objet d'une affectation selon les dispositions d'une entente contractuelle sont comptabilisés comme des apports reportés et ensuite comme des revenus au cours du même exercice où les dépenses connexes sont engagées.

Les apports fournis à des fins d'achat d'immobilisations sont comptabilisés comme des apports reportés — immobilisations et ensuite comme des revenus selon les mêmes modalités et la même méthode que l'amortissement des immobilisations connexes.

Les intérêts créditeurs sont comptabilisés en tant que revenus réalisés au cours de l'exercice selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Les revenus et pertes de placement au titre des apports affectés sont débités ou crédités au compte des apports reportés connexes et comptabilisés en tant que revenus au cours du même exercice où les dépenses admissibles sont engagées.

Placements — Carnet de route

Les placements — Carnet de route sont présentés à la juste valeur déterminée selon les cours du marché des placements sous-jacents ou les valeurs unitaires de fonds communs tels que fournis par le gestionnaire de placements.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire en fonction de leurs durées d'utilisation estimatives comme suit :

Ordinateurs	5 ans
Mobilier et matériel	5 à 10 ans
Équipement de télécommunication	5 ans
Améliorations locatives	Durée du bail

Avantages incitatifs relatifs aux baux

Les avantages incitatifs relatifs aux baux, qui se composent d'allocations pour améliorations locatives, de loyers gratuits et autres sont amortis selon la méthode de l'amortissement linéaire sur la durée des baux.

Prestations de retraite

L'évaluation actuarielle des obligations au titre des prestations constituées relatives aux prestations de retraite est fondée sur la méthode de la répartition des prestations au prorata des services qui comprend les meilleures estimations de la direction concernant l'évolution future des niveaux de salaire, l'augmentation d'autres coûts, l'âge de départ à la retraite des salariés et d'autres facteurs actuariels.

Pour les besoins du calcul du taux de rendement prévu des actifs des régimes, ces actifs sont évalués à leur juste valeur.

Les gains actuariels ou pertes actuarielles résultent de l'écart entre le rendement à long terme réel des actifs des régimes au cours d'une période et le rendement prévu à long terme des actifs des régimes pendant cette

période, ou des modifications apportées aux hypothèses actuarielles utilisées pour déterminer l'obligation au titre des prestations constituées. L'excédent du gain actuariel cumulé net ou de la perte actuarielle cumulée nette sur 10 % de l'obligation au titre des prestations constituées, ou sur 10 % de la juste valeur des actifs des régimes, si ce dernier montant est plus élevé, est amorti sur la durée résiduelle moyenne d'activité des salariés actifs. La durée résiduelle moyenne d'activité des salariés actifs couverts par le régime de retraite agréé est de 13 ans (2010 — 13 ans). La durée résiduelle moyenne d'activité des salariés actifs couverts par le régime de retraite complémentaire est de 12 ans (2010 — 12 ans).

Conversion des devises

Les revenus et les dépenses sont convertis aux taux de change en vigueur à la date de la transaction. Les gains et les pertes de change sont enregistrés aux revenus divers ou aux dépenses diverses. Les actifs et passifs monétaires libellés en devises sont convertis aux taux de change en vigueur à la date du bilan.

Utilisation d'estimations

La préparation des états financiers exige de la direction qu'elle fasse des estimations et pose des hypothèses qui ont une incidence sur les montants constatés des actifs et passifs, sur la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants des revenus et des dépenses constatés au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations de la direction à mesure que des renseignements additionnels seront obtenus.

La durée de vie utile estimative des immobilisations et le montant des charges à payer, y compris les prestations de retraite constituées, sont les éléments les plus importants qui font l'objet d'estimations.

Instruments financiers

Les instruments financiers sont évalués à leur juste valeur lors de leur comptabilisation initiale, puis inscrits selon leur classement. La trésorerie et les équivalents de trésorerie ainsi que les placements sont désignés comme étant détenus à des fins de transaction et évalués à leur juste valeur. Les débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses, sont classés comme des prêts et créances et comptabilisés au coût après amortissement. Les créditeurs et charges à payer sont classés dans les autres passifs financiers et sont comptabilisés au coût après amortissement. Compte tenu de la nature à court terme des débiteurs de même que des créditeurs et charges à payer, le coût après amortissement se rapproche de la juste valeur.

La direction estime que l'ICIS n'est pas exposé à un risque important de taux d'intérêt ou de crédit au titre de ces instruments financiers.

a) Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt se rapporte aux conséquences néfastes que pourraient avoir les fluctuations du taux d'intérêt sur les flux de trésorerie, la situation financière et les revenus de placement de l'ICIS.

b) Risque de crédit

Le risque de crédit représente le danger éventuel qu'une des parties à un instrument financier ne puisse faire face à l'une de ses obligations et amène de ce fait l'autre partie à subir une perte financière.

Il y a concentration du risque de crédit lorsqu'une proportion importante du portefeuille est constituée de titres présentant des caractéristiques ou des variations semblables sur le plan des facteurs économiques, politiques et autres. L'ICIS surveille régulièrement la santé financière de ses placements.

Gestion du capital

Les objectifs de l'ICIS relativement à la gestion du capital consistent à préserver sa capacité de demeurer un organisme autonome sans but lucratif pour réaliser son mandat. En vertu d'accords de contribution divers, les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux fournissent la plus grande partie du capital de l'ICIS. Les placements — Carnet de route, affectés par l'accord de l'Initiative de l'information sur la santé conclu avec le ministère fédéral de la Santé, est aussi une autre source de capital. L'ICIS gère ses programmes et ses projets dans le cadre des conditions de ces accords, notamment le financement de ses régimes de prestations de retraite conformément aux règlements applicables. La direction de l'ICIS surveille son capital en examinant périodiquement diverses mesures financières, y compris les flux de trésorerie et les écarts par rapport au budget ainsi que les prévisions pluriannuelles. L'ICIS s'est conformé à l'ensemble des affectations d'origine externe.

De plus, comme il est mentionné à la note 9, l'ICIS dispose d'une marge de crédit, utilisée lorsque les flux de trésorerie d'exploitation ne sont pas suffisants pour couvrir les dépenses d'exploitation et en capital.

3. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie sont constitués de l'encaisse et des placements à court terme à des taux d'intérêt divers et venant à échéance dans un délai de moins de 90 jours (2010 — 90 jours).

4. Débiteurs

	2011	2010
	$	$
Exploitation	**1 457 319**	1 038 596
Financement — autre	**1 816 017**	476 944
	3 273 336	1 515 540

5. Placements — Carnet de route

Les placements — Carnet de route sont constitués d'instruments financiers comme des CPG et des dépôts à terme. Pour la période comparative, les placements étaient détenus dans des fonds communs comportant des instruments financiers à faible risque.

6. Immobilisations

	2011		2010	
	Coût	Amortissement cumulé	Coût	Amortissement cumulé
	$	$	$	$
Ordinateurs	**19 001 611**	**12 054 825**	18 463 358	10 101 852
Mobilier et matériel	**6 146 335**	**3 106 575**	6 833 163	3 374 665
Équipement de télécommunication	**1 349 627**	**818 376**	1 640 645	931 756
Améliorations locatives	**10 694 875**	**3 602 431**	10 597 909	2 626 255
	37 192 448	**19 582 207**	37 535 075	17 034 528
Amortissement cumulé	**(19 582 207)**		(17 034 528)	
Valeur comptable nette	**17 610 241**		20 500 547	

7. Autres actifs

Les autres actifs se composent de dépôts de loyer auprès des propriétaires pour les espaces de bureau ainsi que des charges payées d'avance afférentes au soutien et à l'entretien des logiciels et de l'équipement.

8. Prestations de retraites constituées

L'ICIS a un régime de retraite à prestations déterminées contributif (Régime de retraite agréé) qui offre aux employées un revenu de retraite annuel basé sur le nombre d'années de service et sur le salaire maximal moyen pendant cinq ans. De plus, l'ICIS offre un montant complémentaire aux membres qui sont assujettis à la pension maximale, telle qu'elle est définie dans la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Régime de retraite complémentaire).

L'évaluation actuarielle aux fins de capitalisation la plus récente pour le Régime de retraite agréé a été préparée par le cabinet d'actuaires Mercer en date du 1er janvier 2010. La prochaine évaluation sera en date du 1er janvier 2011.

La juste valeur des actifs et des obligations au titre des prestations constituées aux fins comptables a été déterminée par Mercer au 31 mars de chaque exercice.

Les tableaux suivants présentent la situation de capitalisation des régimes ainsi que les montants comptabilisés dans le bilan de l'ICIS.

Les dépenses des régimes de retraite comprennent les composantes suivantes :

	2011		2010	
	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémentaire	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémetaire
	$	$	$	$
Coût des services rendus, au cours de l'exercice, déduction faite des cotisations des employés	**4 409 800**	**50 000**	1 333 200	30 000
Intérêts débiteurs sur les obligations au titre des prestations constituées	**2 889 400**	**26 000**	1 963 500	24 700
Rendement prévu des actifs des régimes	**(2 981 300)**	**—**	(1 985 800)	—
Amortissement de l'actif transitoire	**(57 700)**	**—**	(57 700)	—
Amortissement de la perte actuarielle nette (du gain actuariel)	**23 500**	**(6 600)**	(429 300)	(18 000)
Dépenses des régimes de retraite	**4 283 700**	**69 400**	823 900	36 700

L'actif transitoire était de 923 357 $ au 1er avril 2000.

Les changements dans les obligations au titre des prestations constituées s'établissent comme suit :

	2011		2010	
	Régime de retraite agréé $	Régime de retraite complémentaire $	Régime de retraite agréé $	Régime de retraite complémetaire $
Obligations au titre des prestations constituées, au début de l'exercice	**41 221 300**	**354 700**	20 395 400	275 000
Coût des services rendus au cours de l'exercice, déduction faite des cotisations des employés	**4 409 800**	**50 000**	1 333 200	30 000
Intérêts débiteurs sur les obligations au titre des prestations constituées	**2 889 400**	**26 000**	1 963 500	24 700
Cotisations des employés	**2 745 600**	**—**	2 327 000	—
Prestations versées	**(1 065 300)**	**(11 500)**	(1 539 500)	(89 400)
Gain actuariel	**2 833 700**	**40 900**	16 741 700	114 400
Obligations au titre des prestations constituées, à la fin de l'exercice	**53 034 500**	**460 100**	41 221 300	354 700

Les changements dans les actifs des régimes sont comme suit :

	2011		2010	
	Régime de retraite agréé $	Régime de retraite complémentaire $	Régime de retraite agréé $	Régime de retraite complémetaire $
Juste valeur des actifs, au début de l'exercice	**41 153 300**	**—**	27 583 100	—
Rendement réel des actifs	**4 152 700**	**—**	6 196 200	—
Cotisations de l'employeur	**10 301 100**	**11 500**	6 586 500	89 400
Cotisations des employés	**2 745 600**	**—**	2 327 000	—
Prestations versées	**(1 065 300)**	**(11 500)**	(1 539 500)	(89 400)
Juste valeur des actifs, à la fin de l'exercice	**57 287 400**	**—**	41 153 300	—

La composition des actifs des régimes est comme suit :

	2011		2010	
	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémentaire	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémetaire
	%	%	%	%
Catégorie d'actifs :				
Obligations	**35**	**—**	35	—
Actions	**65**	**—**	65	—
	100	**—**	100	—

L'ICIS a comptabilisé les actifs et passifs comme suit :

	2011		2010	
	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémentaire	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémetaire
	$	$	$	$
Obligations au titre des prestations constituées, à la fin de l'exercice	**(53 034 500)**	**(460 100)**	(41 221 300)	(354 700)
Juste valeur des actifs, à la fin de l'exercice	**57 287 400**	**—**	41 153 300	—
Situation de capitalisation — surplus (déficit), à la fin de l'exercice	**4 252 900**	**(460 100)**	(68 000)	(354 700)
Actif transitoire non amorti	**(288 600)**	**—**	(346 300)	—
Perte actuarielle nette (gain actuariel net) non amorti(e)	**5 899 600**	**(96 500)**	4 260 800	(144 000)
Actif (passif) au titre des prestations de retraite constituées	**9 863 900**	**(556 600)**	3 846 500	(498 700)

Les hypothèses actuarielles utilisées pour déterminer les coûts et les obligations au titre des prestations constituées représentent les meilleures estimations de la direction et sont comme suit :

	2011		2010	
	Régime de retraite agréé %	Régime de retraite complémentaire %	Régime de retraite agréé %	Régime de retraite complémetaire %
Coût des services rendus pour les exercices terminés le 31 mars :				
Taux d'actualisation	**6,50**	**6,50**	9,00	9,00
Taux de rendement à long terme prévu des actifs	**6,75**	**—**	6,75	—
Taux de croissance de la rémunération	**4,00**	**4,00**	4,00	4,00
Obligations au titre des prestations constituées au 31 mars :				
Taux d'actualisation	**6,25**	**6,25**	6,50	6,50
Taux de croissance de la rémunération	**4,00**	**4,00**	4,00	4,00

9. Dette bancaire

L'ICIS a une marge de crédit de 500 000 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux préférentiel. Cette facilité de crédit est garantie par un contrat de garantie générale sur tous les actifs à l'exception des systèmes informatiques. Au 31 mars 2011, une lettre de crédit de 230 500 $ (31 mars 2010 — 240 600 $) avait été émise à l'égard de la marge de crédit pour les besoins du Régime de retraite complémentaire.

10. Créditeurs et charges à payer

Les créditeurs et charges à payer concernent les activités d'exploitation. À la fin de l'exercice, aucun montant (2010 — 2 530 082 $) représentant l'apport annuel excédentaire reçu par Santé Canada en ce qui a trait à l'Initiative de l'information sur la santé n'était exigible.

11. Apports reportés

Charges d'exercices futurs

Depuis 1999, Santé Canada a financé, en grande partie dans le cadre du Carnet de route, l'établissement d'un système national complet d'information sur la santé et de l'infrastructure requise pour donner aux Canadiens l'information dont ils ont besoin pour maintenir et améliorer le système de

santé au Canada et la santé de la population. Les apports financiers de Santé Canada ont été reçus sous forme de paiement global direct. Le financement continue du Carnet de route ainsi que d'autres apports financiers de Santé Canada ont été consolidés dans le cadre de l'Initiative de l'information sur la santé au 1er avril 2007. L'apport financier de Santé Canada est reçu annuellement selon les besoins en capital de l'ICIS.

Les apports reportés liés aux charges d'exercices futurs représentent les apports affectés non dépensés. Les variations survenues dans le solde des apports reportés — charges d'exercices futurs pour l'exercice sont les suivantes :

	2011 $	2010 $
Solde, au début de l'exercice	**20 393 230**	21 300 252
Apport reçu de Santé Canada pendant l'exercice	**81 746 294**	81 745 999
Apport à rembourser à Santé Canada	**—**	(2 530 082)
Revenus de placement affectés	**77 019**	15 719
Montant constaté comme financement — activités de ICIS	**(82 147 626)**	(76 129 818)
Montant constaté comme financement — ISPC	**—**	(1 409 078)
Montant transféré aux apports reportés — immobilisations	**(1 260 625)**	(2 599 762)
Solde, à la fin de l'exercice	**18 808 292**	20 393 230

Immobilisations

Les apports reportés afférents aux immobilisations comprennent les fractions non amorties des apports affectés ayant servi à l'acquisition d'immobilisations.

Les variations survenues dans le solde des apports reportés — immobilisations pour l'exercice sont les suivantes :

	2011 $	2010 $
Solde, au début de l'exercice	**17 174 550**	18 435 767
Montant reçu au titre de l'apport de l'Initiative de l'information sur la santé	**1 260 625**	2 599 762
Montant constaté comme financement	**(3 927 471)**	(3 860 979)
Solde, à la fin de l'exercice	**14 507 704**	17 174 550

12. Avantages incitatifs relatifs aux baux

Les avantages incitatifs relatifs aux baux incluent les montants suivants :

	2011 $	2010 $
Allocations pour améliorations locatives	**986 582**	1 210 864
Avantages incitatifs sous forme de loyers gratuits et autres	**1 664 851**	1 909 398
	2 651 433	3 120 262

L'amortissement relatif aux allocations pour améliorations locatives ainsi qu'aux loyers gratuits et autres avantages incitatifs s'élève respectivement à 224 282 $ et 244 547 $ (2010 — 234 226 $ et 245 684 $ respectivement).

13. Plan de base

Le Plan de base est une série de produits et services liés à l'information sur la santé offerts aux établissements de soins de santé canadiens, aux autorités sanitaires régionales et ministères provinciaux et territoriaux de la santé. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont acheté le Plan de base de l'ICIS pour tous les établissements de santé dans leur secteur de compétence.

14. Financement — autre

	2011 $	2010 $
Gouvernements provinciaux et territoriaux	**2 070 743**	1 362 068
Gouvernement fédéral	**630 796**	2 008 545
Autre	**172 023**	4 775
	2 873 562	3 375 388

15. Variation nette des éléments hors caisse du fonds de roulement

	2011 $	2010 $
Débiteurs	**(1 757 796)**	1 438 053
Charges payées d'avance	**(91 648)**	(342 321)
Créditeurs et charges à payer	**(5 202 209)**	316 705
Revenus reportés	**(409 974)**	3 228 183
	(7 461 627)	4 640 620

16. Engagements

L'ICIS loue des espaces de bureau en vertu de différents contrats de location-exploitation, et les baux se terminent à différentes dates. De plus, l'ICIS a pris des engagements en vertu d'un certain nombre d'ententes pour les contrats professionnels et le soutien et l'entretien des logiciels et de l'équipement. Les montants minimaux à débourser pour les cinq prochains exercices et par la suite sont les suivants :

	$
2012	12 273 325
2013	9 027 005
2014	8 717 922
2015	8 610 648
2016 et par la suite	17 678 436

17. États financiers comparatifs

Les états financiers comparatifs ont été reclassés par rapport aux états présentés auparavant afin qu'ils soient conformes à la présentation des états financiers de l'exercice.

Notre équipe de direction et de gouvernance

Haute direction (en date du 31 mars 2011)

John Wright
Président-directeur général

Jean-Marie Berthelot
Vice-président, Programmes

Jack Bingham (jusqu'en avril 2011)*
Directeur exécutif, Ontario

Anne McFarlane
Vice-présidente, Région de l'Ouest et Initiatives de développement

Scott Murray
Vice-président et chef des services de technologie

Louise Ogilvie
Vice-présidente, Services administratifs

Stephen O'Reilly
Directeur exécutif, Canada atlantique

Jeremy Veillard (depuis mai 2010)
Vice-président, Recherche et Analyse

Elizabeth Blunden
Directrice, Ressources humaines et Administration

Lorraine Cayer
Directrice, Finances

David Clements (depuis septembre 2010)
Directeur, Planification et Responsabilité

Anne Cochrane
Directrice, Communications et Relations externes

Cathy Davis
Directrice intérimaire, Services d'information sur les soins ambulatoires et de courte durée

Brent Diverty (en détachement depuis décembre 2010)
Directeur, Services d'information sur les soins spécialisés et de longue durée

Mark Fuller
Directeur, Architecture, Planification et Normes

Jean Harvey
Directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne

Kimberly Harvey
Directrice, Applications et Services Web

Michael Hunt
Directeur, Service d'information sur les produits pharmaceutiques et la main-d'œuvre de la santé

Kira Leeb
Directrice, Performance du système de santé

Mimi Lepage
Chef de la protection des renseignements personnels et avocate-conseil

Kathleen Morris
Directrice, Analyse des systèmes de santé et Questions émergentes

Mea Renahan (depuis février 2010)
Directrice, Normes de données cliniques et Qualité

Francine Anne Roy
Directrice, Dépenses de santé et Initiatives stratégiques

Greg Webster
Directeur, Initiatives sur les soins de santé primaires et Registres cliniques

Douglas Yeo
Directeur, Services d'information sur les soins spécialisés et de longue durée

André Lalonde (jusqu'en octobre 2010)*
Directeur exécutif, Planification et Gestion de la qualité

Louis Barré (jusqu'en mars 2011)
Vice-président, Stratégie, Planification et Relations externes

Indra Pulcins (jusqu'en mars 2011)
Directrice, Indicateurs et Gestion du rendement

* Jack Bingham a pris sa retraite le 21 avril 2011 et André Lalonde, le 15 octobre 2010. Nous désirons remercier Jack et André pour leurs nombreuses années de loyaux services à l'ICIS et pour leurs précieux conseils.

Conseil d'administration (en date du 31 mars 2011)

Président du Conseil d'administration

Dr Brian Postl
Doyen de la faculté de médecine, Université du Manitoba
(Winnipeg, Manitoba)

Région 1 — Colombie-Britannique et Yukon

M. Howard Waldner
Président-directeur général, Autorité sanitaire Vancouver Island
(Victoria, Colombie-Britannique)

Région 2 — Prairies, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

Dr Chris Eagle
Premier vice-président, Amélioration de la qualité et des services,
Alberta Health Services
(Edmonton, Alberta)

Dr Marlene Smadu
Vice-doyenne des sciences infirmières, Université de la Saskatchewan
(Regina, Saskatchewan)

Région 3 — Ontario

M. Saäd Rafi
Sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée
(Toronto, Ontario)

Mme Janet Davidson
Présidente-directrice générale, Trillium Health Centre
(Toronto, Ontario)

Région 4 — Québec

M. Denis Lalumière
Sous-ministre adjoint, Planification stratégique, évaluation et qualité,
ministère de la Santé et des Services sociaux
(Québec, Québec)

Dr Luc Boileau
Président-directeur général, Institut national de santé publique du Québec
(Québec, Québec)

Région 5 — Atlantique

M. Don Ferguson
Sous-ministre de la santé, gouvernement du Nouveau-Brunswick
(Fredericton, Nouveau-Brunswick)

M. John McGarry
Conseiller privé en administration de la santé
(Fredericton, Nouveau-Brunswick)

Canada

Dr Marshall Dahl
Consultant en endocrinologie, Hôpital et Centre des sciences de la santé de Vancouver et Hôpital Burnaby
(Vancouver, Colombie-Britannique)

Dr Vivek Goel (vice-président)
Président et chef de la direction, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé
(Toronto, Ontario)

Président, Initiative sur la santé de la population canadienne

Dr Cordell Neudorf
Médecin en chef, Région sanitaire de Saskatoon
(Saskatoon, Saskatchewan)

Santé Canada

Mme Anne-Marie Robinson
Sous-ministre déléguée de la santé
(Ottawa, Ontario)

Statistique Canada

M. Wayne Smith
Statisticien en chef, Statistique Canada
(Ottawa, Ontario)

Le Conseil d'administration s'est réuni en juin, en novembre et en mars.

Composition des comités du Conseil d'administration

Comité sur les ressources humaines

Le Comité sur les ressources humaines aide le Conseil d'administration à s'acquitter de ses fonctions en matière de surveillance de la politique de rémunération, de la rémunération des cadres, de la relève de la haute direction et d'autres activités de ressources humaines clés.

Membres

Brian Postl (président)
Marshall Dahl
Vivek Goel
John McGarry
Marlene Smadu

Le comité s'est réuni en mars.

Comité sur le respect de la vie privée et la protection des données

Le Comité sur le respect de la vie privée et la protection des données examine l'orientation du programme de respect de la vie privée et formule des recommandations à cet égard, passe en revue les résultats du programme de vérification de la confidentialité, émet des recommandations sur nos pratiques en matière de respect de la vie privée et de protection des données en fonction des rapports de vérification et informe le Conseil d'administration des incidences des changements majeurs apportés aux lois sur la protection de la vie privée. Ce comité reçoit également les rapports d'incidents graves au sein de l'ICIS susceptibles d'apparaître comme des atteintes à la confidentialité et soumet un rapport annuel au Conseil d'administration.

Membres

Vivek Goel (président)
Denis Lalumière
Anne-Marie Robinson
Brian Postl (d'office)

Le comité s'est réuni en novembre et en mars.

Comité de gouvernance

Le Comité de gouvernance assiste le Conseil d'administration dans l'amélioration de son fonctionnement, sa structure, sa composition et son infrastructure. Il exerce également les fonctions du Comité des mises en candidature conformément à nos règlements.

Membres

Chris Eagle (président)
Luc Boileau
Cordell Neudorf
Wayne Smith
Brian Postl (d'office)

Le comité s'est réuni en octobre et en février.

Comité des finances et de la vérification

Le Comité des finances et de la vérification examine les politiques financières générales, dont le plan opérationnel et le budget annuels, en recommande l'approbation et évalue la situation financière et le régime de retraite de l'organisme. Il formule aussi des recommandations relatives aux états financiers, au rapport du vérificateur et à la nomination des vérificateurs pour l'année à venir. Il oriente et évalue notre programme de vérification interne.

Membres

John McGarry (président)
Janet Davidson
Don Ferguson
Howard Waldner
Brian Postl (d'office)

Le comité s'est réuni en mai, en juin, en août, en octobre, en novembre et en janvier.

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication ne peut être reproduit en tout ou en partie sans l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-55465-924-1 (PDF)

© 2011 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé, *Les données au cœur du changement — rapport annuel 2010-2011 de l'Institut canadien d'information sur la santé*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.

This publication is also available in English under the title *The Difference Data Makes—Canadian Institute for Health Information Annual Report, 2010–2011*.
ISBN 978-1-55465-922-7 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

Juin 2011

www.icis.ca

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information